

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

46

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 décembre 1893, à 1 heure

Par JOSEPH FABRE

DE

L'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

DEVANT LA LOI

DANS LES ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER

Président : M. MATHIAS DUVAL, professeur.

*Juges : MM. { JACCOUD, professeur.
 { GLEY, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 décembre 1893, à 1 heure

Par JOSEPH FABRE

DE

L'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

DEVANT LA LOI

DANS LES ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER

Président : M. MATHIAS DUVAL, professeur.

*Juges : MM. JACCOUD, professeur.
GLEY, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

46

A MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIAS DUVAL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT BLUM

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

DE
L'HYSTERO-NEURASTHENIE TRAUMATIQUE

DEVANT LA LOI

DANS LES

ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER

INTRODUCTION

Le 26 juillet 1891, à neuf heures du soir, se produisait la catastrophe de Saint-Mandé.

Nous remplissions alors les fonctions de commissaire spécial sur le chemin de fer de Vincennes.

A une heure du matin, nous commençons notre enquête dans un petit local voisin de la gare.

Nous interrogeons le mécanicien Caron.

— Quels sont vos nom et prénoms ?

Caron ne répond pas.

Comme nous connaissions le nom de ce mécanicien par le service de la gare, nous ajoutons aussitôt :

— Vous vous appelez Caron, n'est-ce pas ? Votre prénom ?

— Caron.

— C'est entendu : dites-nous maintenant vos prénoms ?
Caron se tait.

Nous remarquons alors qu'un rictus convulsif entr'ouvre ses lèvres tremblantes : on dirait qu'il murmure quelque chose tout bas ; en réalité, il ne dit rien.

Un de nous qui met sur le compte d'un effroyable cynisme l'expression sardonique de sa physionomie, rappelle Caron au sentiment des convenances.

Cette observation ne semble nullement l'émouvoir ; son attitude reste la même.

Nous poursuivons.

— Votre âge ?

.

A ce moment un agent de la compagnie nous jette en passant ces deux mots : quarante-neuf.

Caron s'en empare, et vivement il répond :

Quarante-neuf ans.

Or, ce chiffre n'avait rien de commun avec l'âge du mécanicien. C'était le nombre des victimes de la catastrophe que l'employé avait ordre de nous faire connaître au fur et à mesure des sinistres constatations.

Cette singulière coïncidence nous frappe d'autant plus que Caron ne paraît pas dépasser la trentaine. Nous en faisons l'observation, en lui renouvelant la même question. C'est peine perdue : Caron, qui a, en effet, juste trente ans, ne répond pas.

Ainsi va l'interrogatoire. Est-il mécanicien, chauffeur,

conducteur ou homme d'équipe ? Il n'est pas fixé à cet égard. Mieux encore, il a oublié les noms de son père et de sa mère. Il se rappelle cependant qu'il est marié : vague souvenir sans doute, car il ne sait même plus les noms de sa femme.

Arrivant au point capital, essentiel de l'information, aux causes de la collision, nous lui demandons :

— A quelle heure votre train est-il parti de la gare de Vincennes ?

Caron hésite, puis sur notre nouvelle et pressante question, il balbutie :

— Il était... il était... très tard... près de minuit.

Cette réponse parut avec raison tellement incohérente à l'inspecteur qui nous accompagnait qu'il nous dit : Monsieur, cet homme est fou !

En effet, le train que dirigeait Caron avait quitté la gare de Vincennes à 9 h. 16 du soir, et deux minutes après, il était à Saint-Mandé.

Il ne nous vint pas à la pensée, malgré l'expression singulière de la physionomie de Caron, que nous pouvions avoir affaire à un simulateur dont l'attitude fût volontaire, préméditée, systématique, comme cela se voit quelquefois chez certains inculpés. D'ailleurs quel intérêt aurait eu ce malheureux à dissimuler son état civil que son administration tenait à notre disposition ?

Non : l'homme que nous avions devant nous, ne paraissant se rendre compte ni de l'épouvantable malheur qu'il venait de causer, ni de la grave responsabilité qu'il avait encourue, n'était pas un simulateur. A chacune de nos questions, on sentait bien qu'il faisait à ses facultés un

appel sincère, mais inutile : elles restaient muettes dans son cerveau engourdi.

Deux heures plus tard, c'est-à-dire : trois heures du matin, nous reprenions notre enquête,

Caron n'était plus le même homme à la contracture des muscles de la face qui donnait à son visage un aspect indéfinissable, mélange de souffrance et d'ironie, avait cessé ; et, c'est d'une voix émue qu'il répondait très nettement à nos questions, n'ayant gardé aucun souvenir des incidents qui avaient marqué son premier interrogatoire.

.
Quelle était la nature de ce phénomène capable de troubler ainsi, quatre heures après la collision, non-seulement la mémoire, mais encore la physionomie d'un homme qui n'avait d'ailleurs aucune lésion apparente, et de disparaître si vite sans laisser trace de son passage ? Comment définir des désordres si profonds et si fugaces à la fois ?

C'est quelques mois après, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre savant et cher maître, M. le professeur agrégé A. Blum, où nous avons eu l'occasion d'observer d'autres malades atteints de ces névroses accidentelles, que nous avons pu faire le diagnostic rétrospectif de l'état du mécanicien Caron.

C'est ce sujet intéressant au point de vue nosologique, plus intéressant encore au point de vue juridique, par les difficultés d'interprétation qu'il soulève, que nous traiterons dans ce travail, sous le haut patronage de M. le professeur Mathias Duval, notre éminent président de thèse, auquel nous nous faisons un devoir d'exprimer, au terme

de nos études médicales qu'il a bien voulu encourager, nos sentiments de profonde reconnaissance.

Nous diviserons notre travail en deux parties : une médicale, l'autre juridique.

Dans la première partie, nous étudierons l'hystéro-neurasthénie traumatique au point de vue médical.

Dans la deuxième partie, nous examinerons les rapports de cette névrose avec la loi.

Sur ce terrain nouveau où le flambeau de la science n'a pas encore porté toutes ses clartés, la justice, malgré sa sage réserve, est exposée à faire des faux pas en rendant des décisions regrettables. Les faits sont là pour l'établir. Nous en relaterons quelques-uns.

Il faut d'ailleurs le reconnaître, sa mission n'est pas toujours facile, et ses arrêts les plus discutés, comme ceux qui ramènent la santé d'une manière aussi subite qu'opportune, peuvent encore s'abriter derrière certaine théorie sur l'avortement des hystéries provoquées. Nous en parlerons.

Mais avant d'exposer le modeste résultat de notre travail nous avons à reconnaître nos dettes : *bona non intelliguntur nisi deducto cere alieno*. Nous manquerions, en effet, à tous nos devoirs si nous n'adressions nos plus sincères remerciements aux maîtres qui nous ont aidé de leurs conseils ; à M. le professeur agrégé, A. Blum, qui regrettera de ne retrouver dans la partie médicale de cette étude qu'un écho affaibli de ses leçons au lit du malade, et le pâle compte-rendu de son remarquable ouvrage sur l'hystéro-neurasthénie traumatique ; à M. le Dr P. Mercklen, l'habile médecin de l'hôpital Saint-Antoine, dont nous n'ou-

blierons jamais les marques de bienveillant intérêt qu'il nous a données pendant les deux années que nous avons passées dans son service ; à M. le professeur agrégé Brisaud, le savant neuropathologiste de la Salpêtrière, qui a bien voulu mettre à notre disposition des documents utiles ; enfin, à notre ami H. Schwab, interne des hôpitaux de Paris, dont nous avons mis à contribution la parfaite connaissance de la langue allemande et les avis éclairés.

A nos maîtres, à notre ami, nous disons : Merci.

PREMIÈRE PARTIE

I

HISTORIQUE.

S'il est une question difficile en médecine légale, c'est assurément celle qui a trait aux troubles nerveux, en général si complexes, qui peuvent succéder aux traumatismes.

Or, parmi ces traumatismes, les accidents de chemin de fer, à cause de l'ébranlement violent de tous les organes et surtout des centres nerveux, qu'ils occasionnent, occupent le premier rang dans l'étiologie du complexe symptomatique appelé en Angleterre *Railway-brain* ou *Railway-spine*, suivant que leurs effets se portent sur le cerveau ou sur la moëlle. En France, depuis des travaux récents on lui donne le nom d'hystéro-neurasthénie traumatique. On le considère, en Allemagne, comme une névrose spéciale dite *névrose traumatique*.

Depuis que Erichsen (1), en 1866, a attiré l'attention sur ces phénomènes nerveux singuliers qui succèdent, après un temps plus ou moins long, aux accidents de chemin de fer,

1. Erichsen : *On railway and other injuries*. Londres, 1866.

les travaux sur cette question se sont multipliés, de telle sorte qu'il ne reste rien ou pas grand chose à ajouter à la description clinique des différents auteurs.

En Angleterre et en Amérique, après la publication du mémoire d'Erichsen, il faut signaler les travaux de Syme, de Morris, de Savary (1) et de Page (2).

En Allemagne Leyden, Westphal (3), Moëli (4), mais surtout Oppenheim et Thomsen ont bien étudié cette intéressante question.

En France, les troubles nerveux d'origine traumatique ont été analysés dans leurs détails et nettement classés au point de vue de leur nature. Il convient de citer, à côté des travaux de l'illustre et regretté professeur Charcot, ceux de ses élèves MM. Berbez (5) et Guinon (6), ceux de MM. Vibert (7), Brissaud (8), Lacassagne (9), Guillemaud (10), Bou-

1. Voir Leyden. *Traité des maladies de la moëlle épinière*, traduction française. Paris, 1879.

2. Page. *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock*. Londres, 1845.

3. Westphal. *Charité-Annalen*, tome V.

4. Moëli. *Berliner, Klin. Wochens.*, 1881, n^o 6.

5. Berbez. *Histérie et traumatisme*. Thèse de Paris, 1887.

6. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Thèse de Paris 1889.

7. Vibert. *Etude sur les accidents de chemin de fer*, 1888.

8. Brissaud. *Les hystéries provoquées*. *Gazette des hôpitaux*, 23 nov. 1889.

9. Lacassagne. *Traité de médecine légale*, 1886.

10. Guillemaud. *Des accidents de chemin de fer*. Thèse de Lyon, 1891.

veret(1), et le plus récent de tous, celui de notre maître, M. Blum(2).

Si nos connaissances quant à la symptomatologie de l'hystéro-neurasthénie traumatique sont actuellement fixées, la nature des accidents qui la constituent n'est pas moins bien déterminée. On a abandonné la vieille hypothèse de la méningo-myélite chronique avec extension aux méninges cérébrales d'Erichsen et de Vibert, ainsi que celle de Leyden qui mettait tous les phénomènes sur le compte d'une commotion médullaire. C'est M. le professeur Charcot qui a nettement démontré dans ses Leçons du mardi que les troubles nerveux observés à la suite d'un grand traumatisme constituent un « alliage » (3) de phénomènes hystériques et neurasténiques, d'où le nom d'hystéro-neurasthénie traumatique donné à cet état morbide. Reste, il est vrai, l'opinion d'Oppenheim (4), qui décrit l'affection sous le nom de névrose traumatique, sorte de névrose autonome ; mais il faut remarquer que l'éminent professeur de l'école allemande admet dans la plupart des cas qu'il a observés l'interprétation proposée par M. Charcot : il n'y a donc là, à peu de choses près, qu'une question de mots.

D'ailleurs dans la partie médicale de notre travail, nous laisserons de côté cette question sur la nature de l'hystéro-neurasthénie traumatique, pour nous arrêter à l'étude du

1. Bouveret. *La Neurasthénie*, 1891.

2. Blum. *De l'hystéro-neurasthénie traumatique*. Paris, 1893.

3. Brissaud. *Gazette des Hôpitaux*, 1889, n° 134.

4. Oppenheim. *Die traumatischen Neurosen*. Berlin, 1889.

diagnostic et du pronostic de l'affection ; deux points qui intéressent particulièrement le médecin légiste.

En effet, celui-ci est appelé, pour exécuter son mandat, à formuler un diagnostic précis et à en déduire un pronostic judicieux. De ses conclusions dépend le sort du malade, « car c'est le médecin seul, dit Vibert, qui peut apprécier le préjudice porté au plaignant et évaluer la réparation qui lui est due » : tâche souvent ardue qui nécessite de la part de l'expert une connaissance approfondie de tous les phénomènes nerveux qui succèdent aux grands ébranlements. Cette connaissance lui permettra d'analyser l'état du malade, de dépister le moindre symptôme, et surtout de se tenir en garde contre les tentatives de simulation et d'exagération. Et si nous ajoutons que très souvent des symptômes subjectifs seuls, partant difficiles à contrôler, occupent la scène morbide, nous voyons combien est juste l'opinion du même auteur qui dit qu'« en pareille matière, si rien ne doit être accepté sans raisons suffisantes, rien non plus ne doit être rejeté à la légère, pour le seul motif que les symptômes accusés sont insolites et non conformes aux données de la pathologie courante. »

II

SYMPTOMATOLOGIE.

Pour la facile intelligence de la discussion, nous allons résumer brièvement l'aspect clinique de la névrose traumatique.

Si nous consultons le traité de M. Bouveret (1), nous voyons que cet auteur classe de la manière suivante les différents troubles consécutifs aux traumatismes :

- 1° Hystérie traumatique locale ;
- 2° Hystérie traumatique locale et générale ;
- 3° Neurasthénie traumatique ;
- 4° Hystéro-neurasthénie traumatique.

Or, comme nous n'avons en vue dans ce travail que les névroses causées par les accidents de chemin de fer qui occasionnent généralement un violent « shock nerveux », nous croyons pouvoir éliminer les cas d'hystérie locale, d'hystérie monosymptomatique (Charcot), pour ne conserver que les trois autres catégories. Encore devons-nous dire immédiatement que la très grande majorité des faits observés se rapporte à l'hystéro-neurasthénie traumatique.

1. Bouveret, *loc. cit.*, p. 230.

A. — Dans les cas d'hystérie traumatique locale et générale — il en existe un certain nombre d'observations — le tableau clinique peut se résumer très facilement.

Le traumatisme est en général peu violent; le plus souvent il est produit par un choc local. L'apparition des phénomènes d'hystérie, d'abord localisés dans la région traumatisée, est plus ou moins tardive. Le trouble fonctionnel est tantôt une paralysie flasque, tantôt une paralysie avec contracture, tantôt enfin une arthralgie.

La paralysie hystéro-traumatique qui, dans beaucoup de cas, est une monoplégie brachiale, présente tous les caractères des paralysies hystériques: paralysie flasque, sans atrophie, avec réactions électriques normales.

Les réflexes tendineux sont peu ou point modifiés; au contraire la sensibilité est manifestement altérée, se limitant par des lignes circulaires d'amputation ou de désarticulation. Quelquefois la paralysie affecte tout un côté du corps sauf la face et prend le type de l'hémiplégie.

La contracture hystéro-traumatique survient brusquement après l'accident.

Elle atteint les muscles moteurs d'une seule ou de plusieurs articulations à la fois. D'emblée elle arrive à son maximum d'intensité, déterminant des déformations successives qu'il est rare de rencontrer aussi prononcées dans d'autres cas. Elle s'accompagne le plus souvent de troubles objectifs de la sensibilité; et, disparaît inopinément, comme elle est venue ou par la mise en œuvre, d'un traitement convenable.

Les arthralgies de cause traumatique peuvent intéresser la plupart des articulations, mais c'est à la hanche qu'elles

siègent de préférence : la coxalgie est leur véritable type.

Comme les contractures avec lesquelles elles s'associent d'ailleurs volontiers, les arthralgies traumatiques se manifestent brusquement, sans crier gare. La douleur est intense, sans rémission, et c'est par là qu'elles diffèrent des paralysies avec contracture.

Mais à côté de ces symptômes hystéro-traumatiques locaux, on peut trouver, en les cherchant, divers stigmates hystériques tels que l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, l'anesthésie du pharynx, de la cornée, le rétrécissement concentrique du champ visuel, la dyschromatopsie, la diplopie monoculaire, des zones hystérogènes. Enfin des attaques convulsives viennent quelquefois compléter le tableau de la névrose.

B. — La neurasthénie traumatique pure peut survenir à la suite d'un accident de chemin de fer, mais de même que l'hystérie seule, elle est assurément moins fréquente que l'hystéro-neurasthénie. Elle succède à un choc moral intense qui a été désigné sous le nom de *shock nerveux*, en l'absence quelquefois de tout traumatisme.

Voici en quelques mots sa symptomatologie : céphalée continue, siégeant sur la région frontale et sur l'occiput, comparable à celle que produirait un casque lourd et trop étroit : c'est le casque neurasthénique de M. Charcot ; état vertigineux habituel, affaiblissement de la mémoire, rachialgie, fatigue rapide de l'esprit ; troubles intellectuels pouvant aller jusqu'au délire émotif ; insomnie, idées sombres ; dépression cérébrale complète et asthénie motrice considérable, faisant d'un homme, auparavant vigou-

reux, un être sans force et sans courage, inapte à toute occupation sérieuse.

Ce sont là des symptômes subjectifs dont le contrôle est difficile; ce qui explique la tendance qu'avait autrefois le médecin à admettre la simulation chez ces malades.

C. — C'est dans le cadre de l'hystéro-neurasthénie traumatique qu'il faut faire entrer la grande majorité des cas de troubles nerveux consécutifs aux accidents de chemins de fer. Nous y trouvons associés les symptômes des deux formes précédentes.

Cette affection reconnaît pour cause un choc physique violent et une forte émotion morale.

Le début en est variable; il peut être immédiat, précoce ou tardif. Ce sont les symptômes neurasthéniques qui ouvrent la scène : la céphalée qui se localise selon une zone circulaire partant de la nuque pour comprendre les tempes et le front, le maximum de la souffrance étant ressenti à l'occiput, d'où le nom de plaque occipitale; l'hypéresthésie du cuir chevelu, les bourdonnements d'oreilles, la pesanteur des paupières, l'obnubilation de la vue et les vertiges qui accompagnent souvent la céphalée, la rachialgie avec sa plaque sacrée, la dépression mentale qui se manifeste par la diminution de la faculté d'attention et l'affaiblissement de la volonté, l'affaiblissement des forces constatable au dynamomètre, l'insomnie, les cauchemars, les anesthésies localisées ou diffuses, souvent l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, les paralysies et les contractures, la diminution de la mémoire, sorte d'amnésie rétrograde portant de préférence sur les noms propres, quelquefois des palpitations,

un pouls dépressible, faible, une atonie gastro-intestinale avec somnolence après les repas, l'affaiblissement des fonctions génitales chez l'homme, un faciès terreux, abattu, à peine éclairé par un regard terne, une démarche lourde, pénible. Enfin, après quelques mois, l'anémie et un amaigrissement si prononcés qu'on a vu des praticiens émérites penser à l'existence de quelque production néoplasique et commettre ainsi de graves erreurs de diagnostic.

III

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DE L'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE.

La première question que doit résoudre le médecin légiste en présence d'un malade atteint de troubles nerveux consécutifs à un accident de chemin de fer, est celle de savoir si le plaignant est réellement malade. En d'autres termes, ici se pose la grande et difficile question de la simulation et de l'exagération. Que demande la victime d'un accident de chemin de fer au tribunal devant lequel elle poursuit la Compagnie ? Une réparation du préjudice souffert ; des dommages et intérêts. Cela est juste et légitime.

Malheureusement l'espoir d'acquérir le bien-être peut engager des individus sans scrupules, soit à simuler complètement une affection qui n'existe point, soit à exagérer des troubles légers, insuffisants pour justifier une demande de quelque importance. Ils cherchent à profiter d'un événement malheureux, à exploiter la situation, comme l'on dit vulgairement.

L'hystéro-neurasthénie traumatique est une affection dont la connaissance est de date récente. Les symptômes

que présentent les malades sont souvent d'ordre purement psychique ; et quand il existe des signes objectifs certains, il faut pour les trouver, les rechercher avec un grand soin, contrairement aux désordres subjectifs que les malades signalent avec une complaisance inquiète, sans en omettre un seul, parce qu'ils les préoccupent davantage.

Dans ces conditions, est-il surprenant que les médecins-experts, qui ne connaissaient pas, il y a quelques années, la plupart des manifestations cliniques des névroses traumatiques, ne vissent que des simulateurs ou des exagérés chez les malades n'ayant pas de troubles objectifs bien marqués ? Aujourd'hui encore, le médecin, peu familiarisé avec les névroses, qui examine un malade avec des idées préconçues, est souvent tenté d'admettre la simulation, à moins qu'il ne se trouve en présence de troubles subjectifs très saillants ou que des symptômes objectifs certains ne viennent souligner à propos ceux d'un autre ordre qui paraissent suspects. C'est pourquoi l'expert a le devoir de s'entourer, avant de conclure, de toutes les précautions nécessaires : il doit ne rien admettre à la légère, ne rien rejeter sans contrôle et faire preuve toujours d'une grande sagacité. C'est de cette maîtresse qualité que dépend le salut matériel d'un malade ou la confusion d'un simulateur.

La simulation est-elle fréquente ? Les différents auteurs qui ont traité cette importante question sont loin d'être du même avis, comme on va le voir.

Strümpell (1) prétend que la simulation est très rare, et

1. Strümpell. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888.

son élève Schultze (1) déclare que sur vingt cas observés à la clinique d'Erlangen, il n'y en a pas eu un seul de simulation.

D'autres neuropathologistes allemands ayant autant d'autorité que Strümpell et Schultze sont d'un avis différent : tels sont Seeligmüller, Mendel, Hoffmann, Riegler (2) et Schultze de Bonn.

Riegler démontre, statistique en main, qu'en Allemagne, depuis que la loi sur les indemnités en cas d'accidents de chemin de fer est définitivement établie, le nombre des névroses traumatiques s'est sensiblement accru ; d'où il tire la conclusion que la simulation doit être très fréquente.

D'après Seeligmüller, la simulation existerait dans le quart des cas. Hoffmann, sur vingt-quatre cas, en a vu huit de simulation complète et quatre d'exagération.

Mais c'est Schultze de Bonn surtout qui s'est fait le défenseur de cette opinion que la simulation est très commune. Sur vingt-cinq malades qu'il a observés jusqu'en 1890, il a trouvé huit simulations ; soit 32 pour 100.

Il est vrai que depuis, à la suite de nouvelles observations, il est descendu à une proportion de 10 pour 100 seulement.

Au Congrès de Berlin en 1890, le professeur de Bonn (3), arrive aux conclusions suivantes :

1. Schultze, Thèse d'Erlangen, 1888.
2. Riegler. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1879.
3. Schultze. Rapport au Congrès de Berlin, analysé dans la *Semaine médicale*, août 1890.

« La simulation est fréquente chez les sujets qu'on croit atteints de psychoses et de névroses traumatiques ;

« Il n'y a pas de signes objectifs permettant de distinguer la simulation de la non-simulation. »

Seeligmüller est du même avis et voudrait même qu'on instituât des établissements spéciaux pour y étudier les sujets atteints de névrose traumatique, qui réclament une indemnité. D'après Hemen, 5 pour 100 seulement des blessés seraient sincères dans l'énumération des symptômes qu'ils accusent.

Oppenheim, au contraire, nie cette fréquence de la simulation. Pour lui elle ne dépasse pas 4 pour 100.

« Tous ceux, dit-il, qui ne veulent voir dans la névrose traumatique que de la simulation, sont incapables d'analyser des troubles psychiques, ou les examinent avec l'idée préconçue de découvrir un simulateur (1). Comme lui, Möbius de Munich déclare que « les auteurs qui admettent la grande fréquence de la simulation n'ont aucune notion de ce qu'est l'hystérie. »

Pour M. Bouveret la simulation complète est très rare ; elle ne constitue qu'une minime exception. Il a observé six malades dont aucun n'était un vrai simulateur. Il conclut qu'il ne faut prononcer le mot de simulation qu'à bon escient et après une enquête minutieuse et prolongée. « Je n'oublierai jamais, ajoute-t-il, les deux malades dont j'ai parlé et qui, tous les deux suspectés de simulation, se sont suicidés, au cours du procès qu'ils avaient engagé pour obtenir une indemnité » (2).

1. Oppenheim. *Simulation dans les névroses traumatiques*. Berlin, 1891.

2. Bouveret. *La neurasthénie*, page 316.

Mais avant d'examiner de plus près encore la question de la simulation et de ses formes préférées, nous croyons utile, pour donner à la discussion un relief particulier, de relater deux faits qui ont été l'objet des interprétations les plus opposées de la part des médecins d'une autorité indiscutable. Par ces deux exemples, on verra que le diagnostic de la névrose qui nous occupe n'est pas toujours chose facile. C'est là d'ailleurs un premier point qu'il importe de bien établir.

Voici d'abord une très intéressante observation rapportée par M. Vibert dans son *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*.

Le sieur T..., âgé de 37 ans, est victime d'un accident de chemin de fer.

Le 5 février 1886, les médecins de la Compagnie produisent le certificat suivant :

« Le malade présente les caractères de la plénitude de la santé, le teint est coloré et le regard vif. Aux questions qu'on lui pose le malade répond que l'état de ses forces laisse à désirer, que son sommeil est médiocre et qu'il éprouve dans la légion lombaire et dorsale des douleurs qui gêneraient la respiration de temps à autre. Il esquivé une interrogation plus précise. Pouls et cœur réguliers. Pas d'atrophie des muscles de la jambe. La pression exercée sur les apophyses des dernières vertèbres dorsales est accompagnée d'une plainte, mais cette pression passe inaperçue lorsque l'attention est détournée. Pupilles mobiles.

Conclusion. — Nous n'avons pu constater chez M. T... aucune modification apparente des organes ou des fonctions ».

Le 22 décembre 1886, le docteur X..., professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, à la requête de la Compagnie, examine le même malade.

Pour lui, les troubles fonctionnels signalés par celui-ci sont purement subjectifs, et de nature à échapper à tout contrôle, comme les douleurs, l'insomnie, le défaut d'attention. La démarche du malade est seulement un peu lente.

Il affirme que la douleur des apophyses épineuses de la colonne vertébrale est simulée, de même que la douleur à la pression au niveau de la région sacrée, « point ou même dans les myélites les plus accusées, la douleur n'existe pas ». Pas d'atrophie.

Et le Dr X... conclut que chez M. T... il n'existe aucun symptôme objectif permettant de croire à l'existence d'une maladie déterminée, et, à plus forte raison d'une lésion grave des centres nerveux; et qu'en outre, M. T..., exagère certains symptômes et en simule certains autres.

Voilà donc deux certificats établissent nettement que M. T... est un vulgaire simulateur.

Mais M. T..., de son côté, présente aussi deux certificats dont les conclusions sont d'ailleurs toutes différentes :

Dans le premier certificat, en date du 2 novembre 1886, M. X..., médecin des hôpitaux et M. L..., docteur en médecine, ont conclu à l'existence d'une paralysie agitante, maladie absolument incurable.

Dans le second certificat, du 9 décembre de la même année, deux autres experts certifient que le malade est

dans l'impossibilité de prendre la direction de toute affaire commerciale, et que les nombreux symptômes qu'il présente constituent pour lui des infirmités permanentes.

Ce n'est pas tout. Nous connaissons l'opinion des experts désignés par les parties en cause, voici maintenant celle des experts jurés.

Le 30 décembre 1886, la Cour d'appel commet MM Hardy, Brouardel et Vibert à l'examen de M. T...

Dans leur rapport médico-légal, ceux-ci concluent que M. T... présente une faiblesse et une atrophie du membre inférieur gauche ; qu'il y a un affaiblissement marqué de l'intelligence, et que le malade est incapable de se livrer à aucun travail régulier.

En octobre 1892, M. T... obtient une forte indemnité de la Compagnie.

Aujourd'hui il est à la tête d'une industrie où il déploie une grande activité physique et intellectuelle. Il ne présente aucun trouble de santé (Blum. *Hystéro-Neurasthénie traumatique*).

La fin de cette intéressante observation semble donc donner raison aux premiers médecins qui ont conclu à la simulation ou au moins à l'exagération. Nous disons avec intention « semble », car nous reviendrons plus loin sur la discussion de ce cas.

Autre observation que nous empruntons à l'ouvrage si documenté de notre maître M. Blum :

G..., âgé de 58 ans, maréchal-ferrant à l'Isle-sur-Sorgues (Vaucluse), fut contusionné à l'arcade sourcilière dans un tamponnement qui eut lieu le 9 juin 1869.

Le malade se mit aussitôt au lit, qu'il garda d'une ma-

nière permanente pendant un mois, se plaignant de maux de tête, de troubles de la vue et de désordres gastro-intestinaux.

Au mois de juillet, il dit qu'il a une crampe dans le bras droit, mais comme son médecin lui fait observer que ce phénomène ne peut avoir aucun rapport avec la lésion de la tête, il n'en parle plus.

Le mois suivant, il accuse de la pesanteur, des fourmillements et des crampes, non plus dans le bras droit, mais cette fois dans le bras gauche. Les D^{rs} F... et C... l'examinent, et ils concluent à l'existence d'un ramollissement cérébral.

Devant ce diagnostic, le malade qui avait d'abord demandé 30,000 francs de dommages et intérêts, élève ses prétentions, et réclame 150,000 francs.

Le 23 janvier 1890, le malade est soumis à l'examen des D^{rs} M... et P... d'Avignon, médecins de la Compagnie.

Ils constatent un peu de pâleur de la face que l'on peut expliquer par la réclusion à laquelle G... s'est condamné depuis l'accident. Il n'y a pas de déviation de la face. La parole et l'intelligence sont nettes.

Engagé à marcher, le malade fait quelques pas dans l'appartement et se dirige vers une porte qu'il va ouvrir avec la main gauche, quand, se voyant observé par les médecins, il se ravise : il passe sa canne dans la main gauche et tourne le bouton de la porte avec la main droite.

Les deux médecins invitent le malade à monter dans sa chambre et à se mettre au lit. Il gravit, pour y arriver, deux étages sans trop de peine. Il se couche, et ne se

croquant pas observé, il ramène les couvertures sur sa poitrine à l'aide de ses deux mains.

L'examen comparatif établit qu'il n'y a ni amaigrissement ni atrophie des membres gauches.

« Quant aux signes fournis par la sensibilité, disent les deux médecins dans leur rapport, nous avons dû nous en rapporter au dire de G... qui prétend qu'elle est diminuée à gauche.

Le malade marche en râclant le sol avec la pointe du pied gauche, effet obtenu par une extension voulue de la jambe.

De cet examen il résulte pour nous :

1° Qu'il n'existe aucun signe de compression ou de ramollissement du cerveau;

2° Que les signes de paralysie qu'offre G... ne sont que les résultats d'une grossière simulation qui ne peut échapper à un examen attentif et éclairé ».

Chez ce même malade, MM. Chauffard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Courty et Fonssagrives, professeurs à la Faculté de Montpellier, arrivent, après examen, aux conclusions suivantes :

1° Le sieur G... est atteint d'une paralysie complexe se rattachant à une lésion du cerveau.

2° Le sieur G..., nous paraît à tout jamais incapable de reprendre ses occupations.

En 1872, nouvel examen par les médecins de la Compagnie qui affirment que G... n'a aucune affection cérébrale et qu'il n'est pas un paralytique.

La Compagnie est condamnée à payer une somme de 10.000 francs et une rente viagère de 2500.

Une fois le jugement rendu et exécuté, tous les troubles disparaissent. Par une heureuse coïncidence qu'il est de moins en moins rare de voir se produire, notre malade en acquérant une modeste aisance, avait recouvré la santé qu'il a toujours conservée depuis cette époque : c'était une double bonne fortune.

Ainsi cette observation, comme la précédente, démontre combien il est souvent difficile pour l'expert de faire un diagnostic certain. Là où les uns ont cru découvrir la simulation, d'autres ont pensé qu'il fallait conclure à une affection de longue durée.

Nous allons revenir dans un instant sur la discussion de ces faits.

IV

SYMPTÔMES QUI PEUVENT ÊTRE SIMULÉS

Quelques auteurs prétendent que les symptômes psychiques, décrits comme caractéristiques de l'hystéro-neurasthénie traumatique, peuvent être facilement simulés, si bien que lorsqu'ils existent seuls, sans être accompagnés de symptômes objectifs, le malade doit être tenu en suspicion. C'est un principe trop absolu, qu'on ne saurait admettre sans s'exposer à de graves erreurs de diagnostic et à de criantes injustices.

On comprend, à la rigueur, qu'autrefois, alors que les névroses n'étaient pas étudiées, que la neurasthénie avec ses symptômes subjectifs était inconnue, le malade fût déclaré simulateur, si les signes observés ne répondaient pas à une lésion organique. Mais aujourd'hui, après les remarquables travaux des neuropathologistes dont nous avons cité les noms, il n'est plus permis de raisonner de la sorte. Comment d'ailleurs admettre que des malades appartenant à des milieux différents, observés tant en France qu'à l'étranger, de conditions si diverses, simulent les mêmes symptômes subjectifs, les mêmes troubles psychiques ? Qu'on lise les observations d'Oppenheim, qu'on par-

coure celles publiées par MM. Charcot, Blum, Vibert, etc., on sera frappé de la similitude des troubles décrits.

D'autre part, il y a des blessés qui ne soutiennent pas de procès, qui ne demandent pas d'indemnité, et cependant, on trouve consignés dans leurs observations les mêmes phénomènes que chez ceux qui introduisent contre les compagnies des instances en réparation civile. On rencontre aussi des malades qui continuent à se plaindre de ces mêmes troubles après la solution de leur procès. Or, on ne voit pas quels seraient dans ces deux cas les motifs de simulation.

D'ailleurs pour qui a l'habitude d'étudier les psychoses, la simulation peut être plus facilement dépistée, et M. Vibert a raison de dire que « les symptômes cérébraux qui se manifestent à la suite des accidents des chemins de fer ne sont pas quelconques ; ils ont, au contraire, des caractères spéciaux et forment *un ensemble particulier*, dont un simulateur ne peut deviner les traits principaux. Plusieurs de ces traits sont d'ailleurs difficiles à reproduire ; les accès de désespoir, l'expression morne, l'attendrissement et les larmes pour certains motifs futiles ne pourraient être imités que par un comédien hors ligne qui aurait eu un bon modèle sous les yeux (1). »

I. — Cela est certain, en effet, quand on se trouve en présence du cortège classique, « de l'ensemble particulier », dont parle M. Vibert, des manifestations subjectives de l'hystéro-neurasthénie ; douleurs céphaliques à siège variable, insomnie tenace, douleurs dorsales, sensi-

1. Vibert, *loc. cit.*, p. 52.

bilité des apophyses épineuses, de la nuque et du dos, dépression intellectuelle, etc., etc.

Dans ce cas, le tableau symptomatique est complet : il est signé. Il suffit de savoir lire pour en reconnaître l'authenticité.

Mais il faut compter avec les formes variables de la névrose, avec ses manifestations indisciplinées. Et, s'il est difficile, presque impossible, à moins d'être un comédien « hors ligne », de simuler l'association classique des symptômes révélateurs de la maladie si bien étudiée par M. Charcot, il n'en est pas de même des troubles isolés, qu'on peut assurément imiter avec assez de facilité.

D'ailleurs, la névrose peut procéder progressivement, par poussées successives, de manière à ne présenter son aspect caractéristique qu'après un temps plus ou moins long, quelquefois des mois et même des années. Il ne faudrait donc pas conclure à la simulation, parce que certains signes se sont montrés en l'absence d'autres qui se produiront peut-être plus tard, sans qu'on puisse assigner une date quelconque à leur apparition.

Ces manifestations discrètes, capricieuses, sans ordre, de l'hystéro-neurasthénie, s'expliquent par la nature dynamique de la maladie.

Or, dans ce cas, comment distinguer ce qui est simulé de ce qui peut n'être que le prodrôme d'un état morbide réel.

Au surplus, rappelons-nous que la neurasthénie n'est pas une maladie, mais un ensemble de maladies *non morbus sed morborum cohors*, remarquable, ainsi que le fait observer M. Huchard, par la multiplicité des souffrances,

des spasmes, des douleurs viscérales, et des malaises sans nom qui finissent par constituer ce qu'un médecin, bien connu par son état névropathique, appelait le supplice des nerfs. « Chez ces malades dit-il, l'état de souffrance est général ; tous leurs organes peuvent être atteints tour à tour et cependant aucun d'eux ne subit une altération matérielle ; il en résulte qu'il n'y a pas souvent de localisation possible, ni pour le patient ni pour le médecin, et qu'on peut dire de la neurasthénie ce que Mead disait de l'hypochondrie : « *Non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est* (1). »

Or, qui ne peut simuler l'hypochondrie, dont parle le médecin anglais, une des manifestations les plus pénibles de la névrose traumatique, et l'affaiblissement de la mémoire, l'incapacité de tout travail intellectuel, l'apathie ? Qui ne peut se plaindre mensongèrement d'insomnies, de vertiges, de troubles de l'ouïe, du goût, de l'odorat ? La simulation de la plupart de ces symptômes est à la portée de toutes les intelligences, sans contrôle sérieux, pour peu que le prétendu malade soit conseillé par des amis ou renseigné par un interrogatoire médical maladroitement dirigé. Il n'y a pas jusqu'au facies souffrant du neurasthénique qui ne puisse être simulé par celui qui veut être malade, et qui le devient à la suite de privations volontaires et d'un séjour prolongé au lit. Qui ne peut feindre l'indifférence à tout ce qui se passe autour de soi : seul trouble intellectuel que provoque d'ordinaire le traumatisme ? Les conceptions délirantes qui seraient difficiles à imiter ne font pas partie

1. Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses*. Paris, 1883.

de l'ensemble symptomatique de notre névrose. Qui ne peut affecter une sensible diminution de la mémoire et des troubles de langage, mélange d'aphasie et d'ataxie, si variables qu'on ne peut les définir? Nous regrettons qu'on n'ait pas cru devoir nous autoriser à relater une curieuse observation qui nous a été officieusement communiquée par une compagnie de chemin de fer; on verrait comment un homme intelligent et instruit, après avoir reçu une très forte indemnité recouvre subitement la mémoire et l'usage normal de la parole qu'il avait perdus à la suite d'une collision de trains.

II. — L'attitude et la démarche du malade ont quelquefois fait admettre la simulation. Ainsi dans l'observation du malade T... que nous avons consignée plus haut, le certificat du professeur Y... contient la phrase suivante : « Le malade n'a aucune espèce de claudication, il marche avec une certaine lenteur, mais rien ne prouve qu'elle ne soit pas calculée. »

Et dans l'observation de C... les Drs M. et P. d'Avignon, disent : « Le malade marche en râclant le sol avec la pointe du pied gauche, effet obtenu par une extension voulue de la jambe. »

Cependant, il est certain qu'on ne saurait affirmer, dans la plupart des cas de ce genre, sans sortir des limites d'une réserve nécessaire qu'il y a simulation parce que la démarche présente ces signes particuliers.

En effet, cette démarche lente, pénible, tout d'une pièce, est notée avec les mêmes caractères dans beaucoup d'observations, si bien que Page attribue cette attitude à une lésion matérielle du rachis, à une contusion de la colonne

vertébrale. Il n'y a donc que sa coïncidence avec d'autres symptômes objectifs qui permette d'en faire état : à défaut d'eux, l'expert sera bien embarrassé pour dire s'il a sous les yeux un phénomène simulé, ou un symptôme isolé, mais réel, précurseur des autres symptômes de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

III. — L'impossibilité d'exécuter, pendant l'examen médical, certains mouvements volontaires, alors que ces mêmes mouvements sont exécutés inconsciemment, d'une façon tout instinctive, paraît encore constituer aux yeux de certains auteurs une présomption, presque une preuve en faveur de la simulation. Or, l'asthénie neuro-musculaire est un des symptômes ordinaires de toute neurasthénie, qu'elle soit traumatique ou non ; et cette asthénie présente des caractères spéciaux : les mouvements volontaires, complexes sont particulièrement affaiblis ; les mouvements réflexes, instinctifs, le sont beaucoup moins. Pour exécuter un mouvement compliqué, le malade déploie de grands efforts, souvent pour arriver à un résultat médiocre, tandis que dans d'autres cas, s'il s'agit d'éviter une chute, par exemple, il déploie une énergie musculaire dont il s'était déclaré incapable. Cette particularité a été signalée par plusieurs auteurs, notamment par Oppenheim. Pour l'expliquer ils admettent « une sorte de distribution vicieuse et irrégulière de la force motrice dont la cause paraît être l'affaiblissement de la mémoire des images motrices » (1).

Si donc il est possible de simuler cette asthénie neuro-musculaire volontaire, il ne faut pas toujours et nécessai-

1. Oppenheim, *loc. cit.*

rement conclure, de la contradiction entre la force musculaire consciente et la force instinctive, à la simulation. On a noté cette anomalie chez les individus qui étaient réellement malades, à l'abri de tout soupçon de simulation.

C'est par l'ensemble des troubles, par leur physionomie spéciale, par leur association plutôt que d'après des manifestations isolées que l'expert peut déceler la vérité à moins qu'une circonstance fortuite ne vienne éclairer son diagnostic en révélant la fraude ; telle que celle qui se produisit au cours de l'examen de C..., dont nous parlions au chapitre précédent : le malade avait vivement remplacé sa main gauche par la main droite dès qu'il s'était aperçu qu'on l'observait, et que la main dont il allait se servir pour ouvrir la porte de sa chambre était précisément celle dont il ne devait pas user. Il n'en faut souvent pas davantage pour mettre l'esprit en mesure de dépister la fraude et de rendre aux symptômes observés leur véritable signification.

IV. — Dans quelques cas, la manière dont le blessé raconte l'accident, et les circonstances qui l'ont précédé. accompagné ou suivi, provoque le doute de la part du médecin. Ce récit est exagéré ; il ne s'accorde pas avec les renseignements des témoins ; il est agrémenté de détails émouvants ; il est fait enfin d'une façon mélodramatique. Assurément cette exagération est souvent intentionnelle et voulue ; mais elle est quelquefois inconsciente ; elle est l'œuvre d'un cerveau malade, éminemment suggestionnable. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point en examinant la question de l'exagération dans l'hystéro-neurasthénie.

V. — Les troubles sensitifs sont encore des phénomènes qu'un individu intelligent et bien éduqué peut à la rigueur parfaitement simuler. D'autre part, il est certain que les examens réitérés des médecins pour la recherche de la sensibilité ne sont pas toujours étrangers à la production des anesthésies. Mais cette particularité doit-elle s'étendre à tous les cas, comme le voudrait Schultze de Bonn? Nous ne le pensons pas.

Il est nécessaire de connaître que les anesthésies et les hypéresthésies d'origine hystéro-traumatique présentent quelques caractères spéciaux. Les variations que l'on constate d'une exploration à l'autre dans les limites des zones anesthésiques, les mêmes variations qui se produisent suivant le degré d'attention du malade, étaient considérées par les anciens observateurs comme la pierre de touche de la simulation. Or, nous savons aujourd'hui qu'elles sont l'expression même de l'anesthésie hystérique. Il suffit d'interroger de véritables malades sur l'état de leur sensibilité pour relever dans leurs réponses ces apparentes contradictions. « On en trouve toujours, dit Oppenheim, de ces contradictions dans la recherche de la sensibilité, parce que nous n'examinons pas avec un excitant d'égale intensité, et ensuite parce que l'attention joue un rôle prépondérant, surtout chez les malades psychiques, chez les personnes irritables dont l'attention est bien vite fatiguée ou émoussée. Et cela est surtout vrai quand cet examen doit avoir des conséquences capitales pour le malade. Bref, je me fais fort moi-même de surprendre à se contredire le premier nerveux venu ».

Du reste, si l'anesthésie dans l'hystéro-neurasthénie

traumatique est quelquefois diffuse, portant sur des zones plus ou moins étendues de la peau, souvent aussi elle prédomine d'un côté du corps et particulièrement du côté lésé. Si donc on constate cette variété d'anesthésie sans questionner le malade, en observant ses mouvements réflexes on acquiert la certitude de n'être pas trompé. Il est d'ailleurs difficile de simuler complètement l'analgésie à la piqure à un fort courant faradique : si l'individu ne simule pas, le membre restera immobile et flasque ; s'il simule, le membre se raidira.

Il existe enfin, des formes particulières d'anesthésie hystérique qui sont pathognomoniques quand on les rencontre ; telles la forme en gigot, en double gigot, en manche de veste, etc., etc. Mentionnons également une anesthésie aussi fréquente que difficile à simuler, celle de la conjonctive et du pharynx.

En un mot, on peut dire que la simulation des troubles de la sensibilité quoique possible ne constitue que des faits isolés, à l'inverse de l'exagération des mêmes phénomènes qui se produit habituellement. D'ailleurs l'anesthésie n'existe presque jamais à l'état de symptôme isolé ; elle est d'ordinaire associée à d'autres manifestations névropathiques. C'est pourquoi la simulation de ce trouble n'a qu'une importance relative pour le diagnostic médico-légal.

VI. — Nous avons énuméré plus haut les phénomènes douloureux qui caractérisent la neurasthénie, parmi lesquels figure la rachialgie sur laquelle l'école de la Salpêtrière a appelé l'attention des médecins. Or, l'existence de ces zones d'hypéresthésie irrégulièrement distribuées le

long de la colonne vertébrale, surtout au niveau du sacrum, avaient frappé l'esprit des premiers observateurs. Ils s'étaient dit : nous cherchons une preuve de simulation, la voilà ?

C'est pourquoi dans un des certificats de M. T..., dont nous avons reproduit l'observation, on trouve ceci : « Enfin la même simulation s'est révélée, quand j'ai touché la région sacrée, c'est-à-dire un point où, même dans les myélites les plus accusées, la douleur n'existe pas. » Et bien, il faut en rabattre ; cette douleur si surprenante par sa localisation singulière n'est autre chose que la *plaque sacrée* de Charcot. Il n'y a rien d'immuable dans la névrose : *Non unam sedem, sed morbus totius corporis est*. Rien ne prouve, en effet, que le malade en question simulât sa rachialgie, sauf peut-être sa subite et durable guérison après le procès.

VII. — Les troubles de la parole ne sont pas rares dans l'hystéro-neurasthénie traumatique, mais il est difficile de les définir. Tantôt le malade émet des sons scandés, tremulants, comme dans la sclérose en plaques et la paralysie générale, c'est le trouble le plus commun ; tantôt il parle à la manière d'un hémiplégique vulgaire, comme s'il avait la bouche empâtée, pleine d'aliments ; tantôt il bégaye ; Oppenheim (1) en cite un cas. Quelquefois enfin toutes ces armes sont plus ou moins associées, sans règle ni méthode ; on peut même voir se produire des accès de mutisme.

On comprend sans doute combien il est difficile de découvrir la simulation quand elle prend la marque d'un symp-

1. Oppenheim. *Centralblatt für chirurgie*, 1889, n° 29.

tôme à formes aussi variées. Nous avons déjà fait une simple allusion, ne pouvant faire plus, à une Compagnie de chemin de fer qui a dû payer à un officier ministériel de province une somme d'argent considérable, comme réparation du dommage que lui avait causé une collision de trains dans laquelle il s'était trouvé. Ce dommage consistait en un bégaiement qui s'était manifesté après l'accident. Le règlement de l'indemnité avait amené la complète guérison de ce symptôme

Il y a cependant un signe, malheureusement inconstant, qui donne aux troubles de la parole un caractère certain d'authenticité, c'est le tremblement des lèvres et de la langue.

VIII. — Jusqu'à quel point la simulation des troubles paralytiques et des contractures est-elle possible? Voyons d'abord la paralysie.

Les paralysies hystériques véritables, sont régies par d'autres lois que les paralysies organiques. Chez les hystériques, l'hémiplégie respecte ordinairement la face, ou bien, s'il y a déviation des traits, le plus souvent la trépidation fibrillaire des lèvres, la torsion de la langue, montrent qu'il s'agit d'un spasme glosso-labié. En général, on ne constate rien d'anormal dans l'exploration des réflexes tendineux, pas plus que dans l'excitabilité électrique des muscles ; et la sensibilité qui est supprimée, si l'élément hystérique domine, reste intacte, ou même augmente, si c'est l'élément neurasthénique qui a le dessus. Quelquefois les mouvements inconscients sont possibles, alors que les mouvements volontaires ne le sont plus, l'atrophie n'est pas de règle.

Ce sont là des caractères qui étaient autrefois considérés comme signes certains de la simulation ; nous savons aujourd'hui qu'ils font partie de la symptomalogie de l'hystérie vulgaire.

Enfin, il n'est pas rare de voir l'interrogatoire médical produire chez l'hystéro-neurasthénique un tremblement qui disparaît si on détourne son attention. Pour beaucoup, les conditions singulières dans lesquelles se manifeste ce tremblement révèlent son origine intentionnelle et frauduleuse. Tel n'est pas l'avis d'Oppenheim. « Non-seulement, dit-il, le tremblement des personnes hystériques et neurasthéniques, mais même celui de la paralysie agitante et des lésions organiques du cerveau ont souvent une si grande instabilité qu'on peut arriver à les diminuer subitement en détournant l'attention des malades (1) ». D'où l'on peut raisonnablement conclure que si les manifestations normales de la paralysie hystéro-neurasthénique de cause accidentelle peuvent être considérées à tort comme des manifestations suspectes, c'est qu'elles ne sont nullement à l'abri de la simulation.

Quant aux contractures, il faut reconnaître qu'elles ont des caractères si spéciaux qu'il est très difficile de les simuler. Il ne suffirait pas d'être un habile comédien pour arriver à donner aux muscles un état permanent de rétraction et de rigidité ; c'est un point qui a été bien élucidé par M. Charcot. En effet, la contracture hystéro-traumatique peut persister pendant un temps fort long. Or, comment admettre, qu'on puisse simuler une attitude qui

1. Oppenheim. *Charité-Annalen*, 1889.

nécessite peut être, des mois et des années, la mise en action constante de plusieurs groupes musculaires ?

D'autre part, la contracture hystérique n'est pas seulement permanente, mais elle est aussi tellement prononcée qu'elle résiste à toute tentative de réduction : « On a affaire à une attitude forcée au premier chef : attitude difficile à maintenir même pendant un temps peu prolongé ».

Pour simuler ces contractures, il faudrait de la part du simulateur, une attention soutenue qu'il serait facile de détourner par des questions faites à propos, pendant lesquelles on étendrait graduellement le membre. M. Charcot a imaginé un procédé très ingénieux pour dépister la simulation de ce phénomène morbide. Il consiste à soumettre à une fatigue continue le groupe musculaire dont il s'agit de vérifier les symptômes pathologiques.

La persistance de cette contracture, après l'épreuve, la régularité du tracé de la respiration au moyen du pneumographe pendant l'épreuve, ce qui exclut l'idée d'effort, indiquent nettement qu'on a affaire à une contracture hystérique.

Pour nous résumer nous dirons donc qu'il y a des symptômes subjectifs et objectifs de l'hystéro-neurasthénie traumatique qui peuvent être simulés avec une facilité et une correction plus ou moins grandes ; que l'existence d'un seul ou même de quelques-uns seulement de ces symptômes ne doit pas suffire pour entraîner le diagnostic du médecin ; mais que l'association d'un grand nombre d'entre eux forme un ensemble morbide assez caractéristique qu'une personne quelconque est peu capable de simuler. C'est pourquoi, l'examen du malade, même dans

les cas de neurasthénie traumatique pure, doit être aussi complet que possible et sans arrière-pensée. C'est le seul moyen d'arriver à une saine interprétation des phénomènes observés et d'éviter les causes d'erreur.

Mais le médecin expert ne doit pas seulement former sa propre conviction, « il a de plus, comme le dit fort bien M. Guillemaud, à persuader les magistrats, à leur faire toucher en quelque sorte la vérité du doigt. C'est alors surtout que la mise en évidence des symptômes objectifs palpables devient d'une grande utilité. » Nous allons les passer en revue.

1. Guillemaud, *loc. cit.*, p. 43.

V

SYMPTÔMES QUI NE PEUVENT PAS ÊTRE SIMULÉS.

Parmi les symptômes de l'hystéro-neurasthénie traumatique, un des meilleurs est fourni par l'appareil de la vision. Le rétrécissement concentrique du champ visuel est un signe que le plus habile et le plus éduqué des simulateurs ne parvient jamais à reproduire. Aussi la plupart des auteurs le considèrent-ils comme le critérium de la névrose; c'est l'avis d'Oppenheim, en particulier, qui s'est livré à une étude expérimentale de ce symptôme. Il choisit un sujet ayant une vision normale, et le plaçant devant le campimètre, il l'engage à simuler. Or, les tracés qu'il obtient de la sorte ne sont qu'une grossière imitation du scrotome périphérique régulier que donne l'hystérie: il n'est pas possible de se méprendre sur leur véritable caractère.

Ce signe visuel a permis à M. le professeur Badal, de Bordeaux (1), d'établir, dans deux expertises judiciaires, la réalité d'autres manifestations hystéro-traumatique considérées comme suspectes. Aussi Oppenheim, dont nous venons de signaler les expériences cliniques, ne néglige

1 *Archives d'ophtalmologie*, VIII et IX volumes. 1888-1889.

jamais de le rechercher chez ses malades, et de faire à plusieurs reprises l'examen campimétrique. S'il découvre le rétrécissement, quels que soient d'ailleurs ses degrés, il conclut à l'existence de la névrose traumatique, à la condition qu'il soit constant et du même côté que la lésion du corps.

Il donne aussi la raison d'un fait que d'aucuns avaient considéré comme une preuve de la simulation.

« On a prétendu, dit-il, que si l'ouverture de l'angle ne correspond pas exactement aux différentes distances auxquelles on soumet l'appareil visuel, c'est une preuve qu'il y a simulation. Cette opinion repose sur une idée fausse. Dans les névroses fonctionnelles, le rétrécissement du champ visuel est régi, comme tous les autres symptômes d'ailleurs par ses lois différentes de celles auxquelles sont soumises les maladies organiques du cerveau. Aussi le médecin qui n'aurait examiné que des hémiplegies vulgaires, penserait à la simulation en voyant une hémiplegie hystérique.

« A ce sujet, je puis faire connaître les recherches de mon collègue Wollemberg, sur les malades de la Charité, qui présentaient un rétrécissement du champ visuel, et qui n'avaient pas réclamé d'indemnité, à l'abri, par conséquent, du soupçon de simulation. Chez quelques-uns de ces malades, l'examen à des distances éloignées ne décelait aucune augmentation. Mon collègue me fit à cet égard la communication suivante : Si on dessine sur un tableau le champ visuel d'un hystérique, et qu'on éloigne progressivement le malade du point fixé, on constate souvent un accroissement sensible, mais lent de ce champ,

nullement en rapport proportionnel avec l'éloignement.

Quelquefois même ces limites ne changent pas » (1).

Nous trouvons également du côté de l'œil d'autres signes révélateurs de la névrose hystéro-traumatique, dont quelques-uns d'ailleurs n'ont pas une valeur diagnostique certaine, l'individu qui les connaît pouvant les simuler. Ceux dont l'existence doit constituer aux yeux de l'expert une preuve de sincérité, sont :

La dyschromatopsie erhomatique, c'est-à-dire la confusion des couleurs, rouge pour jaune, bleu ou tout autre couleur, etc., pathognomonique de l'hystérie quand elle accompagne le rétrécissement du champ visuel ; l'inégalité pupillaire ; l'amblyopie et la dilatation de la pupille du même côté que l'hémianesthésie ; la paresse de l'accommodation et l'insensibilité de la cornée.

Les autres que nous mentionnons ici, plutôt qu'à leur place naturelle, parmi les signes dont la simulation est possible, parce que, satellites fidèles du rétrécissement du champ visuel, on ne les trouve que très exceptionnellement isolés, sont :

La polyopie monoculaire, consistant en ce que, alors qu'à une certaine distance le sujet voit le seul objet qu'on lui présente, en aperçoit deux ou trois au lieu d'un seul, si l'on éloigne un peu cet objet ; la macropsie, qui le grossit ; la micropsie, qui le diminue ; la diplopie.

Le cœur et les vaisseaux sanguins à leur tour nous fournissent des signes objectifs très utiles pour le diagnostic

1. Oppenheim, *loc. cit.*

de notre névrose parce qu'ils échappent à la volonté du malade. La tachycardie est un phénomène fréquent chez les hystéro-neurasthéniques : Erichsen l'avait signalée ; elle a été étudiée avec un soin particulier par Oppenheim.

Habituellement les palpitations apparaissent par accès sous l'influence de la fatigue, d'un examen médical, d'une émotion, et ces accès coïncident souvent avec les crises d'anxiété connues dans la neurasthénie. La tachycardie permanente est plus rare ; Oppenheim l'a constatée même pendant le sommeil ; et, suivant Rumpf, la compression d'un point douloureux suffirait quelquefois pour la provoquer.

Le nombre des pulsations, dans ces cas durables d'extrême irritabilité cardiaque, peut être de 100, 120, 160 et même davantage. Les battements du cœur ont une énergie qui se continue dans les grosses artères, comme les carotides, les sous-clavières, l'aorte abdominale, et qui contraste singulièrement avec la petitesse du pouls radial. Cette tachycardie est régulière ou arythmique.

M. Bouveret distingue deux formes de tachycardie permanente neurasthénique ; l'une, moins intense, présentant des périodes d'accalmie, compatible avec une certaine activité physique et pouvant guérir ; l'autre, plus grave, sans rémissions durables, aboutissant à l'affaiblissement du cœur, à la dilatation des cavités cardiaques et à la mort par asystolie.

Ces troubles de l'appareil circulatoire offrent, comme épisode saillant, l'angine de poitrine. Elle a été décrite par M. Huchard (1) qui la différencie de l'angine de poi-

1. Huchard. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, Paris, 1889.

trine vraie, en se fondant sur l'absence de l'effort comme cause occasionnelle, le retour parfois périodique et la durée plus longue des accès, l'agitation plus marquée du malade, et l'intensité moindre de la sensation d'angoisse.

Les troubles vaso-moteurs sont pour ainsi dire constants. Chez la plupart des malades, on provoque aisément la *raie méningitique*, et, de plus, les spasmes vasculaires entraînent, du côté des extrémités, le refroidissement et la pâleur. Quelquefois une rougeur subite colore le visage sous l'influence d'une vive émotion. Cette rougeur qui se limite parfois au côté lésé, est le résultat de la variabilité du tonus vasculaire. La cyanose, l'œdème des membres, le phénomène du doigt mort sont souvent caractéristiques.

Déjà nous avons appelé l'attention sur le tremblement dont l'existence a quelquefois fait penser à la simulation. Cependant le tremblement fibrillaire des muscles de la face et des lèvres, au moment où le malade parle ou est ému, est impossible à simuler. C'est ce tremblement qui agitait devant nous la physionomie convulsée du mécanicien Caron après la catastrophe de Saint-Mandé.

Le tremblement des membres supérieurs ressemble tantôt à celui de la sclérose en plaques, tantôt à celui de la paralysie agitante. Il est toujours influencé par l'émotion et par le degré d'attention du malade.

L'état des réflexes rotuliens est important à connaître, et s'ils sont diminués ou exagérés du côté traumatisé, leur valeur diagnostique est considérable.

L'atonie gastro-intestinale accompagnant l'hystéro-neu-

neurasthénie nous fournit un signe précieux. Elle a été étudiée surtout par M. Bouveret.

Dans une première forme, bénigne, l'épigastre est météorisé après le repas, la sonorité stomacale s'étend un peu au-delà des limites physiologiques, il y a du clapotement gastrique, de l'hypo-pepsie et de la constipation.

Dans la seconde forme, la forme grave, la nutrition est atteinte, l'anémie et l'amaigrissement ne tardent pas à apparaître. Six heures après le repas, on retrouve encore des aliments dans l'estomac qui est très dilaté : cette dilatation est souvent accompagnée d'entéroptose.

Les désordres de la santé générale venant s'ajouter aux symptômes subjectifs doivent servir, d'après M. Vibert, de critérium pour établir le diagnostic et le pronostic de la névrose traumatique. Mais s'il y a une disproportion trop marquée entre ces symptômes de deux ordres différents, il faut admettre, sinon la simulation, au moins l'exagération. Peut-être vaut-il mieux dire avec Oppenheim, pour être plus exact, que si l'existence de la cachexie est une preuve de la réalité de l'hystéro-neurasthénie, son absence ne doit pas être nécessairement considérée comme une preuve de la simulation de la névrose.

L'exploration électrique peut rarement fournir des données utiles pour le diagnostic : le plus souvent, en effet, la réaction est normale. Cependant, d'après Rumpf, il y a, d'une part, diminution quantitative de l'excitabilité galvanique des muscles, sans modification de l'excitabilité faradique ; et, d'autre part, exagération de la contractilité idio-musculaire sous l'influence du poids, de la fatigue, des efforts et à la suite des courants interrompus. Suivant

M. Vigouroux, il y aurait, dans la partie des téguments qui sont anesthésiés, accroissement de la résistance au passage du courant électrique. On pourrait de la sorte distinguer une anesthésie vraie, hystérique, d'une anesthésie simulée.

Tels sont parmi les troubles objectifs ceux qui ne pouvant être simulés, permettent de faire sûrement le diagnostic d'hystéro-traumatisme. Le médecin-expert doit les rechercher avec soin, parce qu'ils ont le double avantage de former sa conviction et de rassurer sa conscience.

A défaut de ces symptômes certains, l'association de nombreux troubles psychiques permet souvent d'arriver au même résultat pourvu que le médecin ne se borne pas à une visite attendue. « Il faut, au contraire, dit Tourdes, arriver à l'improviste, faire une deuxième visite tout à coup, peu de temps après la première, sous un prétexte quelconque. On trouvera peut-être le prétendu malade habillé, levé et tout autre qu'à cette première visite qu'il ne croyait pas devoir se renouveler si promptement. »

M. le professeur Lacassagne, de son côté, conseille au médecin, lorsque le malade sortira de son cabinet, d'observer par la fenêtre, sans être vu, la démarche et l'attitude qu'il aura dans la rue. Il va plus loin encore, il l'engage au besoin à le suivre et à le faire suivre.

Ces prescriptions, aussi minutieuses que sages, ne sont-elles pas une reconnaissance des difficultés qu'on rencontre très souvent à démasquer la simulation ? Elles ont pour résultat de lasser les simulateurs et d'en réduire le nombre, mais elles ne les suppriment pas.

VI

DE L'EXAGÉRATION.

De l'avis de tous les auteurs, l'exagération est plus fréquente que la simulation chez les individus blessés dans un accident de chemin de fer. On peut même aller plus loin et dire que l'exagération existe plus ou moins dans tous les cas, qu'elle fait presque partie intégrante de la symptomatologie de l'hystéro-neurasthénie traumatique ; et cela, qu'il s'agisse de malades réclamant une indemnité ou d'individus ne demandant rien aux Compagnies de chemin de fer.

« Un blessé neurasthénique, dit notre maître, M. Blum, dans son remarquable ouvrage sur le sujet qui nous occupe, lors même qu'il est le plus sincère du monde, ne peut s'empêcher d'exagérer son incapacité présente et de croire à l'impossibilité d'un retour complet à la santé ». Mais, il faut bien le dire, l'espoir de toucher une indemnité en rapport avec l'état morbide est une circonstance qui ne contribue pas peu à faire exagérer certains symptômes par les malades, et c'est précisément ce degré d'exagération que le médecin-expert doit savoir mesurer.

L'hystéro-neurasthénique, à la suite d'un traumatisme, est à la fois un hystérique et un neurasthénique. Ici le

cumul n'est pas interdit, comme le fait spirituellement remarquer M. Brissaud ; au contraire. Or, ainsi que l'a bien montré M. le professeur Charcot, « le besoin de mentir, de tromper, parfois sans intérêt, par une sorte de culte de l'art pour l'art, tantôt en vue de faire sensation, tantôt pour exciter la pitié, est chose vulgaire chez les hystériques » (1).

En tant que neurasthénique, ces malades présentent un état mental particulier leur montrant tout en noir, si bien que si on ajoute à cet état particulier le désir d'obtenir la plus forte indemnité possible, l'exagération des symptômes névropathiques se trouve parfaitement expliquée.

C'est pourquoi l'exagération est tantôt consciente, tantôt inconsciente. Parlons d'abord de l'exagération inconsciente.

Un fait qu'on observe chez la plupart des blessés, même chez ceux qui ne demandent pas d'indemnité, c'est l'exagération manifeste avec laquelle ils racontent l'accident qui leur est arrivé ; ils s'y arrêtent avec complaisance ; ils n'omettent aucun détail ; ils en inventent même pour se rendre plus intéressants. Comme le dit fort bien M. Bouveret, cela s'explique « par l'aptitude à la suggestion d'un cerveau déprimé, sur lequel ont agi, au moment de l'accident, l'émotion morale et les sensations douloureuses venues des parties traumatisées, sur lequel agissent encore les images effrayantes des rêves et des visions hypnagogiques ». C'est à ces phénomènes d'exagération inconsciente que M. le professeur Lacassagne rattache un

1. Charcot. *Leçons du mardi*.

groupe de symptômes qu'il appelle les *symptômes procéduriers* parce qu'ils sont provoqués par les nombreux soucis occasionnés par le procès engagé. En effet, les formalités judiciaires toujours fort longues, les ennuis de toutes sortes qui en résultent, le manque d'occupations développent chez ces malades l'état mental dont nous avons parlé et les portent à exagérer les symptômes de leur affection. Souvent ces individus se croient de bonne foi plus malades qu'ils ne le sont en réalité.

Mais à côté de ces faits, on ne peut nier l'existence fréquente de l'exagération consciente. Comment apprécier le degré de l'exagération ? C'est là une question très difficile pour le médecin expert à la sagacité duquel le problème est livré tout entier ; car nous ne possédons pas de mesure exacte pour apprécier le degré de douleurs, l'intensité des phénomènes psychiques dont se plaint le malade. Il est vrai que la vivacité de la souffrance se traduit quelquefois par un facies spécial ; mais il faut compter avec les individus intelligents et bien éduqués qui se donnent l'aspect souffreteux aussi facilement que le plus habile des comédiens. D'autre part la disproportion entre l'intensité des symptômes subjectifs et des signes objectifs, n'est pas toujours une preuve d'exagération ; à plus forte raison, on ne peut la prendre comme un criterium de certitude.

En un mot, le plus souvent, il sera impossible de poser une conclusion certaine, et de dire que tel malade exagère ou n'exagère pas. Les symptômes objectifs qui échappent à la volonté, comme les désordres vasculaires, les troubles des yeux, les modifications des réflexes, l'état de l'estomac,

auront dans ces cas une valeur diagnostique considérable.

A leur défaut, le plus sage, pour le médecin expert, sera en analysant dans son rapport l'état du malade, d'exposer les possibilités qui résultent de certains faits et les doutes que ces faits autorisent. Le tribunal appréciera.

VII

COMMENT LE MÉDECIN DOIT PROCÉDER DANS L'EXAMEN DES MALADES

Comme d'une part il faut admettre la possibilité de la simulation complète, bien qu'elle ne soit pas fréquente, et que, d'autre part, l'exagération des symptômes est commune, quel est le meilleur moyen, pour le médecin expert, de se mettre à l'abri de la supercherie ?

Un auteur allemand, Seelegmüller, préconise un système qui serait héroïque s'il n'était trop absolu. Il voudrait qu'on créât des établissements spéciaux pour y soumettre à un examen rigoureux et prolongé les malades qui réclament des indemnités. On punirait sévèrement les simulateurs, quitte à dédommager pécuniairement ceux au préjudice desquels on aurait commis une erreur de diagnostic.

M. Mœbius (1) proteste avec énergie contre cette proposition, dont la mise en pratique rencontrerait plus d'un obstacle.

M. Bouveret de son côté n'est pas d'avis d'hospitaliser systématiquement les traumatisés.

1. Münch, *médic. Woch*, décembre 1890, n° 50, p. 887.

« Le séjour à l'hôpital, dit-il, peut être fâcheux et singulièrement favoriser sinon la simulation, au moins l'exagération consciente ou inconsciente, surtout si le patient se trouve en contact avec des malades atteints d'affections nerveuses et assiste chaque jour à l'examen médical de ces malades. »

Mendel, de Berlin, soutient aussi que les malades hospitalisés, en particulier ceux des cliniques nerveuses, sont vite éduqués parce qu'ils se renseignent mutuellement sur leurs symptômes.

Oppenheim, au contraire, est d'avis d'observer les malades à l'hôpital où, d'après lui, ils ne peuvent rien s'apprendre « parce que, dit-il, des symptômes qui paraissent très semblables à nous médecins, semblent très différents au public et réciproquement. »

Nous pensons que l'observation à l'hôpital est encore la meilleure. Là, on peut avoir les malades sous les yeux pendant un temps suffisant, étudier leur état morbide, noter au besoin les contradictions et concentrer son attention sur les symptômes objectifs.

D'après M. Vibert, « l'interrogatoire doit toujours être conduit de façon à ne pas suggérer au plaignant des réponses aux questions posées. Il faut s'efforcer, au contraire, de laisser le malade exposer de lui-même son état en n'amenant que d'une manière indirecte les questions sur les symptômes principaux. »

Si le malade simule, souvent il s'embarrasse dans son exposition, d'autres fois, il emploie des termes techniques appris par cœur qui révèlent la supercherie. Le médecin se trouvera bien aussi, s'il constate l'absence d'un symp-

tôme important de la névrose, d'en faire l'observation à son malade.

Si celui-ci simule, il aura soin de réparer son oubli et de combler la lacune. Le fait suivant, raconté par M. Guillemaud dans sa remarquable thèse inaugurale, en est la preuve. Un malade, en Angleterre, simulait fort bien les accès de tétanos, à l'exception cependant de la participation des muscles de l'abdomen. La remarque en fut faite au lit du malade, et le lendemain à la visite son ventre était dur comme une planche. Quelquefois, au contraire, il suffira de dire au simulateur que tel symptôme imaginaire fait partie de sa maladie, pour qu'il s'en plaigne aussitôt. Nous trouvons à cet égard un curieux exemple dans le mémoire de notre maître, M. Blum. Le malade se plaignait de douleurs très vives dans la moitié droite du cuir chevelu. Les médecins lui disent alors que ces douleurs chez les hémiplegiques sont surtout violentes à la pression du lobule de l'oreille. Et, en effet, cette pression arrache des cris au malade.

Le médecin doit multiplier les investigations, examiner soigneusement le malade, et ne pas conclure après un seul examen. Cependant, d'après Kühner (1), il ne faudrait pas, à chaque instant, dans ces examens, mettre en œuvre tout l'arsenal des spécialistes : dynamomètre, esthésiomètre, etc., pouvant frapper l'imagination des malades. La recherche trop fréquente, par exemple, de l'état de la sensibilité, crée souvent de toutes pièces l'anesthésie.

1. Kühner. *Extrait de Friedrichsblätter für Gerichtliche medicin*, 41^e année, fascic., 3 mai-juin 1890, p. 194, 223. Berlin.

Il sera utile d'étudier le malade à son insu, de le visiter à l'improviste, de le faire suivre, comme le conseille M. Lacassagne, et de prendre sur son compte des renseignements auprès des personnes qui lui sont indifférentes : leurs dires n'en auront que plus de valeur parce qu'ils ne seront pas suggérés par l'intérêt ou par l'amitié.

Tel malade que la simulation lasse et qui ne demande qu'à abandonner son rôle, sans compromettre sa dignité, se laissera guérir par des pilules de mica panis ou un peu d'eau distillée ; auprès de tel autre, on obtiendra le même résultat en lui déclarant qu'une opération importante est devenue nécessaire.

Mais il faut rejeter des épreuves spéciales, comme les moyens douloureux, les anesthésiques. Le médecin n'a pas plus le droit d'user de ces moyens pour découvrir une simulation que le magistrat instructeur pour obtenir des révélations de la part d'un prévenu ou d'un accusé.

VIII

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DU MALADE ANTÉRIEUR AU TRAUMATISME.

Supposons le diagnostic de l'existence réelle de l'hystéro-neurasthénie nettement établi, une nouvelle question se pose au médecin-expert : les troubles nerveux sont-ils bien réductibles à l'accident de chemin de fer, et doivent-ils lui être imputés ? En d'autres termes, la maladie nerveuse n'est-elle pas antérieure au traumatisme ?

Depuis que l'on connaît, grâce aux travaux de la Salpêtrière, la fréquence relativement grande de l'hystérie chez l'homme, il faut toujours se demander si le plaignant n'était pas déjà, avant l'accident, hystérique ou hystéro-neurasthénique. Cette question, on le conçoit, a une importance considérable au point de vue médico-légal, et on n'a, pour y répondre, que les renseignements puisés à différentes sources sur les antécédents du malade. Il faudra donc s'enquérir de son passé, rechercher s'il avait des accidents hystériques ; s'il était triste, abattu, hypochondriaque ; s'il présentait une diminution de la capacité du travail.

Il est certain que dans la plupart des cas, le trauma-

tisme, pour entraîner des troubles hystéro-neurasthéniques, doit atteindre un sujet prédisposé; il ne fait que mettre en éveil un état diathésique. Sur vingt observations d'Hoffmann, il n'y avait que quatre sujets indemnes d'antécédents; les autres étaient des syphilitiques, des alcooliques ou des nerveux. Pour Oppenheim, au contraire, les antécédents nerveux personnels ou héréditaires font généralement défaut. C'est aussi l'avis de notre maître, M. Blum.

Mais la question n'est pas là, et le traumatisme n'agirait-il que comme cause occasionnelle, qu'il conserve toute son importance.

Dans quelques cas, des maladies nerveuses organiques peuvent coexister avec l'hystéro-neurasthénie traumatique, il s'agit alors d'établir si oui ou non la maladie organique préexistait à l'accident. C'est ainsi que Bernhardt (1) a observé la névrose qui nous occupe, associée à des symptômes tabétiques antérieurs au traumatisme. Un malade de M. Bouveret était à la fois ataxique et hystéro-neurasthénique; or, l'affection organique avait précédé la névrose.

Oppenheim (2) a observé un cas où le traumatisme n'avait fait qu'aggraver une ancienne maladie nerveuse. Le médecin-expert doit avoir ces faits présents à la mémoire.

Enfin, il arrive parfois que les plaignants ne sont que de vulgaires alcooliques ou saturnins, essayant de rapporter

1. Bernhardt, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, n° 18.

2. Oppenheim, *Archiv. für Psychiatrie*, Bd. XV.

les phénomènes d'hystérie toxique qu'ils présentent à l'accident de chemin de fer. Il faut alors examiner le malade à fond, rechercher ses antécédents personnels ou professionnels, et surtout établir jusqu'à quel point le traumatisme a pu modifier son état antérieur.

IX

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE.

L'influence du traumatisme sur la production de certaines maladies organiques des centres nerveux, comme la sclérose en plaques, la myélite, l'encéphalite est actuellement bien démontrée. On doit songer à cette éventualité. Or, le pronostic de ces affections est certes beaucoup plus sombre que celui des troubles fonctionnels purs, c'est-à-dire de l'hystéro-neurasthénie. Il est donc utile d'établir leur diagnostic différentiel.

Faisons ce diagnostic d'abord dans l'hystéro-traumatisme ; nous l'étudierons ensuite dans l'hystéro-neurasthénie traumatique.

I. — HYSTÉRO-TRAUMATISME.

A. — Dans le cas de paralysie.

a. — S'il existe une monoplégie brachiale, il faut faire le diagnostic soit avec une lésion d'un nerf du bras, soit avec celle du plexus brachial.

Quand il y a lésion d'un nerf du bras, la paralysie et l'anesthésie atteignent les muscles et les surfaces cutanées

animées par le nerf intéressé. Toutefois l'insensibilité locale ne va pas généralement jusqu'à l'anesthésie hystérique. L'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence ne tarde pas à se produire. Enfin les réflexes tendineux sont abolis.

Dans les paralysies radiculaires du plexus brachial, si les racines supérieures sont atteintes, il y a impotence fonctionnelle du groupe d'Erb-Duchenne; si ce sont les racines inférieures, on constate l'existence de troubles oculopupillaires, tels que myosis, rétraction du globe oculaire, indépendamment des phénomènes moteurs et sensitifs.

b. — S'il y a une monoplégie crurale, précédée et accompagnée de douleurs, on pensera, comme pour la monoplégie brachiale, à une lésion des nerfs périphériques, soit par traumatisme, soit par compression. S'il s'y joint des troubles vaso-moteurs, du refroidissement du membre, de la disparition du pouls fémoral, de l'œdème, et que la paralysie se soit établie consécutivement à l'appareil syndromique de la claudication intermittente, il s'agira vraisemblablement d'une paralysie par ischémie.

La compresion unilatérale ou l'hémisection de la moelle se traduisent par une monoplégie crurale, qu'on diagnostiquera surtout en se fondant sur la constatation d'une anesthésie du membre symétrique.

Une monoplégie subite, rapidement suivie d'atrophie musculaire avec secousses fibrillaires et réaction dégénérative, indiquera une atteinte de paralysie spinale.

c. — Dans le cas de double monoplégie crurale hystérique, il faut faire le diagnostic avec une myélite dorso-ombaire. On aura, dans la myélite, l'atrophie musculaire,

l'abolition des réflexes, l'eschare sacrée et les troubles des sphincters.

Dans la myélite transverse limitée à la partie supérieure du renflement lombaire, on a comme symptôme : une paraplégie spasmodique avec trépidation épileptoïde, l'exagération du phénomène du genou, une anesthésie moins marquée que dans l'hystérie.

d. — S'il y a une hémip légie, on peut songer à une lésion cérébrale.

Si elle s'installe à droite, chez un vieillard, avec ou sans ictus apoplectique, après une courte période d'étourdissement; si elle ne s'accompagne pas d'abaissement puis d'élévation de température, elle indiquera, d'une manière à peu près certaine, un ramollissement du cerveau par thrombose.

Si elle se produit à gauche, après une attaque d'apoplexie, chez un sujet âgé, pléthorique ou alcoolique, chez une femme à l'époque de la ménopause, si on constate de l'athérome, et de l'hypertrophie du cœur; s'il existe un abaissement initial de la température, coïncidant avec la plénitude du pouls; on aura tout lieu de croire à l'hémorrhagie cérébrale.

Si elle apparaît chez un alcoolique, après une période de torpeur intellectuelle, et s'accompagnant de contracture, elle indiquera le plus souvent une pachyméningite hémorrhagique.

Si elle frappe brusquement un sujet jeune, ayant souffert de rhumatisme articulaire, et présentant une lésion valvulaire du cœur, on la rapportera à l'embolie du cerveau. Si le même sujet, au lieu d'avoir des antécédents

rhumatismaux, présente des manifestations syphilitiques, on songera à la syphilis cérébrale.

B. — S'il y a contracture, on liminera d'abord la contracture consécutive à une dégénérescence du faisceau pyramidal : celle-ci survient insensiblement à la suite d'une attaque apoplectique ; elle dépend d'une hémorrhagie intra-ventriculaire ou méningée. La contracture hystérique se manifeste brusquement ; elle détermine des déformations excessives qu'il est rare de rencontrer aussi prononcées en tout autre cas, et s'accompagne le plus souvent d'anesthésie ou d'hyperalgésie. Enfin, contrairement à la contracture spasmodique, la contracture hystérique peut disparaître inopinément, à la suite d'une attaque ou par la mise en œuvre d'un traitement convenable.

On pensera ensuite à la pseudo-contracture par lésion anatomique du muscle, elle se produit à la suite de contusions, de tumeurs et de gommes, ou de myosite aiguë. Les commémoratifs renseigneront sur la contusion ; la palpation fera découvrir les tumeurs et les gommes, et les phénomènes généraux montreront qu'on a affaire à une myosite aiguë. Ajoutons que la narcose chloroformique qui résout la contracture hystérique n'a aucun effet sur la pseudo-contracture.

C. — Quant à l'arthralgie hystérique, on la reconnaît à son début brusque, ainsi qu'à la liberté dont jouit l'articulation pendant le sommeil dû à l'action du chloroforme.

II. — HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE.

a. — Ici ce sont les troubles cérébraux qui occupent le premier plan du tableau morbide, si bien que les premiers observateurs, comme Erichsen, ont attribué tous les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique à une inflammation superficielle des centres nerveux. Aussi fait-il faire le diagnostic de l'hystéro-neurasthénie avec une lésion superficielle et diffuse de l'encéphale, comme les hémorragies punctiformes de l'écorce cérébrale, la méningite chronique cérébro-spinale, la myélite, l'encéphalite. Toutes ces lésions n'ont pas une symptomatologie bien uniforme, et il faut les redouter quand existent les signes suivants : névrite optique avec atrophie de la papille, troubles graves de la vessie, comme l'incontinence ou la rétention, paralysie d'un ou de plusieurs nerfs crâniens, inexcitabilité de la pupille à la lumière, atrophie des membres paralysés, augmentation progressive de la faiblesse générale, exagération considérable des réflexes tendineux ; tous signes qui n'existent pas dans une maladie de nature seulement dynamique, comme l'hystéro-neurasthénie.

b. — La paralysie agitante peut être simulée quelquefois par l'hystéro-neurasthénie, grâce à l'attitude spéciale du malade, à son facies hébété, à son tremblement. Nous avons vu, dans une observation relative à un sieur T..., empruntée au livre de M. Vibert, que deux médecins

avaient conclu à l'existence d'une paralysie agitante, alors qu'il s'agissait vraisemblablement d'un hystéro-neurasthénique.

Il faut se rappeler que dans la maladie de Parkinson, le tremblement est plus constant et plus lépt. Il respecte la tête et le cou, et il imprime aux membres des extrémités supérieures des mouvements isochrones et cadencés, si bien que la main dans son ensemble a l'air de filer de la laine ou d'émietter du pain. Il existe aussi des phénomènes de rétropulsion et de propulsion, mais on ne trouve pas de stigmates d'hystérie.

c. — La sclérose en plaques doit être différenciée de l'hystéro-neurasthénie quand existent le tremblement, l'embarras de la parole, l'exagération des réflexes, les vertiges. Ce diagnostic serait parfois difficile si on n'avait pas pour aider à le faire les stigmates de l'hystérie ou les troubles psychiques propres à la neurasthénie.

d. — Quand, dans l'hystéro-neurasthénie, on constate l'association de l'embarras de la parole, des désordres psychiques, du tremblement émotif des lèvres et de la langue, de l'inégalité pupillaire, le diagnostic avec la paralysie générale se pose naturellement.

Dans l'observation III de l'ouvrage de notre maître, M. Blum, nous trouvons chez le malade C..., associés aux symptômes qui précèdent les signes suivants : modification du caractère, conceptions ambitieuses, idées de satisfaction. Et on ne put, dans l'espèce, écarter le diagnostic de paralysie générale qu'en s'appuyant sur le début soudain de l'affection et sur la rétrocession de tous les phénomènes morbides au bout d'un certain temps. C'est dire com-

bien dans un cas pareil le diagnostic est délicat et demande une observation prolongée du malade.

e. — Oppenheim a montré que la démarche de l'hystéro-neurasthénique peut quelquefois affecter le type pseudo-ataxique, s'accompagnant même du signe de Romberg. Mais dans ces cas, rares d'ailleurs, les autres signes du tabès font défaut, et le diagnostic est, en somme, aisé.

X

PRONOSTIC DE L'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

Lorsque l'expert est parvenu à déterminer les caractères nosologiques que présente l'état du malade soumis à son observation, il a rempli la première partie de sa mission, celle de faire un diagnostic. Il lui reste encore à formuler un pronostic aussi précis que possible sur lequel le tribunal asseoira son jugement.

Or, s'il est relativement aisé d'élucider la question du diagnostic, il est le plus souvent très difficile de répondre aux différentes interrogations que soulève le chapitre du pronostic.

Quelle est la gravité des troubles nerveux observés ?

Quelles seront la marche et la durée probable de l'affection ?

Quels dommages celle-ci a-t-elle causés au malade ?

Quel est le degré d'incapacité de travail ?

Si l'on songe que l'hystéro-neurasthénie traumatique est une névrose, par conséquent une affection d'allure extrêmement capricieuse, ne se soumettant à aucune loi définie, on reste convaincu que la réponse du médecin-expert aux questions précédentes ne peut jamais être catégorique.

Le plus souvent le médecin ne peut déduire que des probabilités d'un examen quelque long et minutieux qu'il soit ; aussi M. Bouveret (1) conseille-t-il de « n'émettre un avis définitif que plusieurs semaines et même plusieurs mois après l'examen incriminé. »

Il n'est d'ailleurs pas rare de voir l'évolution de la maladie infliger aux conclusions du médecin-expert des démentis éclatants. Ainsi, tel malade jugé peu sérieusement atteint est resté incapable de tout travail jusqu'à la fin de ses jours ; au contraire, tel autre, condamné à une mort prochaine, est revenu peu après la solution de son affaire à une santé excellente.

Quelle est l'opinion des divers auteurs sur la gravité des troubles nerveux consécutifs aux accidents de chemin de fer ? Nous devons dire que sur un point presque tous les auteurs sont d'accord : le pronostic de l'hystéro-neurasthénie traumatique est *quoad vitam* favorable, bénin. La vie n'est pas compromise et sa durée n'est pas abrégée ; mais dans l'appréciation des troubles de la santé générale et de l'incapacité de travail qui en résulte les avis des auteurs sont fort différents.

M. Vibert voit les choses en noir, guidé qu'il est par cette idée que les troubles nerveux ont pour substratum une lésion organique méningo-encéphalique. « L'observation, dit-il, semble bien montrer que le pronostic est plus mauvais. Toutefois, si d'une manière générale, le pronostic est grave, il ne peut être formulé avec exactitude dans tel ou tel cas particulier. »

1. Bouveret. *La neurasthénie*, p. 325.

Erichsen aussi considère le pronostic comme grave ; il signale cependant quelques exemples de guérison incomplète dans des cas où les symptômes cérébraux étaient peu accusés.

Page soutient que le retour à la santé est la règle, et que les malades peuvent tôt ou tard reprendre leurs occupations, surtout à partir du moment où les indemnités sont réglées. Il énumère cependant quelques cas de guérison incomplète ; il cite même deux cas de mort sans que l'autopsie ait révélé la moindre altération anatomique. Pour cet auteur, on constate souvent la persistance d'une faiblesse nerveuse : après son rétablissement, le traumatisé reste un « damages man ».

Judd a été témoin de la guérison de vingt-six blessés qui avaient été déclarés incurables.

Davidson, Murphy, Price et d'autres partagent cet optimisme.

Sur vingt-et-un malades observés par Hodges, douze sont arrivés à une complète guérison.

Oppenheim, s'appuyant sur le résultat de trente-trois observations, est pessimiste, trop pessimiste peut-être, comme il l'avoue lui-même. « Il ne faut pas, dit-il, baser le pronostic de l'hystéro-neurasthénie traumatique exclusivement sur les observations relatées dans mon ouvrage, car je n'ai voulu citer que des exemples typiques où le tableau morbide fut absolument complet ».

On ne trouve, en effet, parmi ces trente-trois cas, aucune guérison complète, et seulement six améliorations.

La statistique d'Obersteiner (1) est tout aussi défavora-

1. Obersteiner. *Wiener méd. Jahrb.*, 1879.

ble : 27 cas, 4 guérisons, 3 améliorations, 20 morts. Mais nous devons le dire, distinction entre les cas d'hystéro-neurasthénie pure et ceux où il existait des lésions organiques ne semble pas avoir été suffisamment faite.

Notre maître, M. Blum, auquel la haute situation qu'il occupe dans le corps médical de la compagnie P. L. M. donne une compétence particulière, est beaucoup plus optimiste. S'appuyant sur des observations longuement suivies, il dit que « le pronostic est relativement favorable, en ce sens que les phénomènes morbides disparaissent en général au bout d'un temps plus ou moins long. »

DEUXIÈME PARTIE

Dans cette deuxième partie de notre travail nous étudierons d'abord, avec quelques digressions utiles, les articles 302 et suivants du code de procédure civile, puisqu'ils renferment les règles que doit suivre l'expert dans le cours de ses opérations. Ensuite, nous entrerons dans la discussion juridique de notre sujet.

C'est une division qui est basée, non-seulement sur la nécessité d'une bonne méthode, mais encore sur l'ordre des faits.

PROCÉDURE CIVILE EN MATIÈRE D'EXPERTISE
MÉDICO-LÉGALE.

L'expertise médico-légale a pour but de constater juridiquement l'existence de lésions d'origine traumatique et d'en déterminer les conséquences pour le malade : c'est une mesure d'instruction que prescrit le tribunal pour éclairer sa religion.

Est-elle obligatoire pour lui ? Non : elle est seulement facultative : le tribunal est appréciateur souverain de son utilité. « Quand la loi, dit Dalloz, ne prescrit pas l'expertise, comme une mesure impérieuse, les tribunaux ne suivent d'autre règle que leur conviction. Ils ont recours aux experts suivant qu'ils en éprouvent le besoin. En d'autres termes, ils ne sont pas tenus de déférer à la demande d'une expertise, émanât-elle de toutes les parties en cause. Ces termes de l'article 302 du Code de Procédure civile : *S'il y a lieu à rapport d'experts*, démontrent surabondamment qu'ils ont à cet égard un pouvoir tout à fait discrétionnaire (1) ».

Il y a plus, si le tribunal juge à propos d'ordonner l'ex-

1 Dalloz. Répertoire, v° *Expertise*.

pertise médico-légale, il n'est pas tenu de suivre l'avis des médecins qu'il a commis ; il peut même donner au procès une solution qui soit contraire à leurs conclusions. C'est ce qui résulte des dispositions de l'article 323 du Code de Procédure civile.

Nous estimons qu'il y a un vice dans cette partie de notre législation qui s'explique d'ailleurs par l'époque déjà ancienne où elle a été élaborée. Comment concevoir, en effet, que la loi qui oblige les tribunaux, à peine de nullité de leurs décisions, à ordonner l'expertise dans certains cas qu'elle indique avec soin, comme ceux d'estimation de biens de mineurs, d'évaluation de droits d'enregistrement, etc., pour lesquels les juges peuvent avoir acquis des connaissances personnelles, abandonne à leur pouvoir discrétionnaire l'appréciation de faits d'un examen difficile, de troubles spéciaux, souvent purement psychiques !

Mais, dira-t-on, le tribunal, soit qu'il connaisse le malade, soit qu'il sache l'opinion des médecins qui l'ont soigné, peut avoir des éléments d'appréciation suffisants pour statuer. A cela le droit Romain répond avec raison : *Non sufficit ut judex sciat, sed necesse est ut ordine juris sciat.*

Si le tribunal nomme des experts, il indique leurs noms, ainsi que celui du juge commissaire qui recevra leur serment.

Il peut même ordonner que l'examen du malade se fera en la présence de ce dernier, afin que, par son autorité, il arrête les résistances qui pourraient se produire, soit de la part du sujet, soit de la part de sa famille.

Combien doit-il désigner d'experts ? Trois, d'après le

texte de l'article 303 du Code de procédure civile. Cependant la jurisprudence admet que le tribunal peut ne nommer qu'un seul expert, d'office, ou avec le consentement des parties majeures et maîtresses de leurs droits. Mais si le malade est mineur ou incapable, ses représentants ne peuvent renoncer à la garantie légale d'une triple expertise.

D'ailleurs, le nombre des experts doit toujours être impair : un ou trois, jamais deux. En effet, deux experts se trouveraient souvent partagés, chacun prenant la défense de la partie qui l'aurait choisi, et l'on n'arriverait à une solution que par la nomination et le rapport d'un troisième expert. Cette manière de procéder entraînerait des frais et une perte de temps considérable.

Les parties font au greffe ou à l'audience, la déclaration des médecins qu'elles ont choisis pour experts. Si elles n'ont pas fait leur choix avant le jugement, le tribunal ordonne « qu'elles seront tenues de nommer leurs experts dans les trois jours de la signification ; sinon qu'il sera procédé à l'opération par les experts qui seront nommés d'office par le même jugement. »

A propos de la désignation des experts par le tribunal ou par les parties, on voudra bien nous permettre de toucher incidemment à une question aussi intéressante que pleine d'actualité : le voici. Une femme médecin peut-elle être chargée d'une expertise médico-légale ?

Si la loi ne recherchait que le talent, la question serait toute résolue ; mais elle obéit à d'autres considérations dans ce qu'elle prescrit. Ainsi, les articles 34 et 42 du Code Pénal semblent assimiler les fonctions d'expert à celles de

témoins instrumentaires. Or, cette dernière qualité ne peut appartenir qu'à des citoyens français, c'est-à-dire, à des nationaux majeurs et du sexe masculin.

Malgré cela, nous croyons fermement que la femme que la loi admet à déposer comme témoin devant les tribunaux, peut être choisie comme expert. Nous sommes de l'avis d'un ancien commentateur de notre droit coutumier : *Cuilibet*, disait-il, *perito in sua arte credendum, etiam rusticis et mulieribus*.

Mais il peut exister des motifs plus sérieux que celui du sexe de suspecter non point la compétence, mais l'impartialité et l'indépendance du médecin, ces motifs constituent des causes de récusation. Ainsi, la loi permet avec raison de récuser le médecin qui est parent ou allié de l'une des parties ; celui qui a mangé ou bu avec elle ou qui lui a délivré des certificats sur des faits relatifs au procès.

Ces récusations ne peuvent d'ailleurs être proposées que contre les médecins désignés d'office par le tribunal. Encore, faut-il les faire avant qu'ils aient prêté serment, car le droit de récusation cesse contre eux dès qu'ils ont rempli cette formalité.

Ajoutons que la fonction d'expert est essentiellement libre : le médecin désigné par le tribunal ou choisi par les parties a le droit de refuser la mission qu'on lui confie. Mais quand il a accepté et prêté serment, s'il ne procède pas à ses opérations ou s'il y apporte une négligence coupable, il peut être condamné aux frais frustratoires et à des dommages et intérêts, à moins que des circonstances impérieuses l'aient mis dans l'impossibilité de remplir ses

fonctions. L'article 320 allait même plus loin puisqu'il stipulait la contrainte par corps. Cette voie de rigueur n'est plus ouverte contre l'expert depuis l'abolition de la contrainte par corps en matière civile par la loi du 28 juillet 1867.

Voici maintenant les experts à l'œuvre : ils sont auprès du malade. Or, s'ils constatent chez lui l'existence de lésions dont ils ne s'expliquent pas la pathogénie, ont-ils le droit de faire une enquête ? Non, ce droit n'appartient qu'au tribunal ; mais ils peuvent, s'ils le jugent utile pour former leur conviction, entendre certaines personnes à titre de renseignement. Cette faculté est le corollaire de l'obligation qui leur est faite de donner des conclusions motivées.

Il est vrai que cette obligation ne résulte pas d'un texte de loi, mais n'est-elle pas naturelle ? Quel profit les juges tireraient-ils d'un rapport qui ne renfermerait aucune base d'appréciation, eux qui doivent donner les motifs de leurs décisions ?

Enfin, la loi exige qu'il ne soit dressé qu'un seul rapport à la pluralité des voix, seulement les experts auront soin d'indiquer s'il y a eu unanimité ou bien une majorité et une minorité. Dans ce dernier cas, le rapport contiendra les motifs des divers avis ; et le tribunal qui est appréciateur souverain, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, pourra faire une sélection parmi ces différentes opinions, rejeter les unes et adopter les autres, quelquefois celles de la minorité.

Ce qu'il importe également, c'est que le rapport ne fasse pas connaître quel a été l'avis personnel de chaque expert.

C'est là une sage disposition qui a pour but de mettre à l'abri du ressentiment des parties en cause, les hommes de l'art à qui cette mission est confiée. On n'aurait pas manqué, au surplus, de contester le mérite de chacun, de discuter la supériorité de l'un sur l'autre dans un intérêt facile à comprendre.

La loi n'a pas voulu cela : elle a permis qu'on discutât les avis, mais non les personnes.

II

DU RÉGLEMENT DE L'INDEMNITÉ.

Nous allons aborder, en sortant du domaine de la procédure civile, la difficile question du règlement de l'indemnité.

Le tribunal a admis, par son jugement interlocutoire qui ordonne l'expertise, le principe de la responsabilité; il a reconnu que la compagnie de chemins de fer doit être tenue à la garantie parce qu'elle a enfreint la grande règle de la sociabilité humaine consacrée par les articles 1382 et 1383 du Code civil *alterum non lædere*. Les experts ont procédé à leurs opérations et déposé leur rapport. Il n'y a plus qu'à déterminer l'étendue des réparations et la manière de les fournir.

Sur ce point, nos textes ne s'expliquent pas. Et de leur silence même résulte cette règle fondamentale que la question de l'étendue de l'indemnité et de ses divers modes de règlement est laissée par le législateur à l'appréciation discrétionnaire du tribunal. Nous verrons plus loin les conclusions qu'il y a lieu de déduire de ce principe. Retenons pour le moment ceci que « les magistrats remplissent l'office de véritables jurés dans ces sortes d'affaires (1). »

1 Larombière. Tom. V, art. 1382, 1383, n. 28.

Dès lors, n'étant plus les interprètes d'une législation étroite, sans tempérament, mais juges d'équité avant tout, ils doivent se préoccuper des suites de l'accident, naturelles ou préparées, qui pourraient se produire après leur jugement. Cette pensée les mettra en garde contre des manœuvres destinées à surprendre leur religion et à provoquer de leur part des décisions hâtives et regrettables.

La réparation accordée n'est et ne doit être que le corollaire du dommage causé. Il y a là deux idées qui se tiennent, l'une évoquant l'autre ; justes, si elles sont associées, injustes si elles sont séparées. En effet, le dommage sans réparation est une injustice et la réparation d'un dommage qui n'existe pas ou qui n'existe plus est également une injustice.

Or, dans quatre cas les éléments de ce principe seront ou dissociés ou mal assortis après le jugement sur une demande d'indemnité pour névrose traumatique ; ce sera d'une part, si le plaignant guérit, ou si son état s'aggrave ; et, d'autre part, s'il exagère ou simule son mal. Guérison, aggravation, exagération et simulation ; tels sont les quatre termes d'un problème qu'il faudrait pouvoir résoudre pour rendre une justice distributive.

I. — GUÉRISON.

Les malades peuvent guérir ; le fait n'est heureusement pas rare. Il en est même qui reviennent si vite à la santé, après le règlement de l'indemnité, qu'on est obligé d'attribuer ce changement à vue de leur état à la troublante

émotion qu'ils éprouvent en voyant la situation réglée et leur avenir désormais assuré.

Nous croyons qu'il y a lieu de faire à cet égard de sérieuses réserves : nous discuterons la valeur de cette interprétation à propos de la simulation. Pour le moment bornons-nous à admettre que quelle que soit la gravité du traumatisme nerveux, l'expert, après avoir fait l'exposé de ses manifestations, doit clore sa consultation médico-légale de la manière suivante, s'il veut rester dans la vérité.

« L'hystéro-traumatisme est généralement grave. On ne peut cependant considérer M. X... comme incurable. La guérison pourrait survenir spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié. »

C'est ainsi que conclut un de nos savants maîtres de la Faculté, M. le professeur Debove, dans un rapport que nous avons sous les yeux. Et c'est ainsi que doit conclure l'expert consciencieux, au courant des surprises que peut ménager l'évolution de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Il suffit, en effet, de jeter un rapide coup d'œil sur les observations que nous avons empruntées à diverses autorités médicales pour voir que la guérison survient assez souvent. D'après nos renseignements qui résultent de recherches que nous avons faites auprès des Compagnies de chemin de fer, la névrose aurait une terminaison heureuse dans un tiers des cas. Nous-même nous avons été témoin de plusieurs solutions de ce genre dans le service de notre maître, à Saint-Antoine.

Tels sont les cas de G... et L... que nous publions dans les documents annexés à notre travail.

La guérison n'a pas toujours besoin du secours d'un traitement pour se produire ; il n'est pas rare de la voir arriver spontanément, comme l'indique M. le professeur Debove, sans l'emploi de moyens curatifs, parce que la maladie est arrivée au terme normal de son évolution. C'est le cas du mécanicien Caron après l'accident de Saint-Mandé, et c'est assurément le cas de bien d'autres qui ne réclament aucun soin et ne se mettent pas, par conséquent, à la portée d'une observation raisonnée.

Or, que fait le tribunal qui est appelé à statuer sur une demande d'indemnité, en présence d'une situation si nettement définie ? Certes, il voudrait bien déchirer le voile de l'avenir pour connaître ce qu'il adviendra du malade, mais pas plus que l'expert-médecin, qui n'a pu arracher au mal le secret de son évolution, la justice ne peut avoir le don de prescience ; et alors, elle règle au petit bonheur le montant de l'indemnité.

Et bien, ce jugement auquel l'équité devrait servir de base puisqu'il est considéré comme l'expression de la vérité : *res judicata pro veritate habetur*, risque fort de n'être que la formule d'une erreur préjudiciable à l'une des parties en cause. En effet, ou le tribunal qui l'a rendu ne règle que la situation actuelle du plaignant, comme s'il devait guérir le lendemain, et alors, il ferme volontairement les yeux sur les souffrances d'un malheureux qui a sollicité son appui et qui, par sa faute, sera privé pendant de longues années peut-être d'une indemnité à laquelle il a droit ; ou bien, allant plus loin que n'est allé l'expert, il escompte l'incurabilité du mal, et dans ce cas il condamne la compagnie de chemin de fer à réparer toute une vie et

souvent au-delà, un préjudice qui n'aura pas survécu à son injuste décision. A côté de quelques jugements inattaquables parce que le hasard aura voulu que les prévisions du tribunal soient confirmées par les événements, combien d'autres décisions qui resteront comme pièces à conviction d'une iniquité légale!

II. — AGGRAVATION.

Nous venons de voir à quelles singulières conséquences peut conduire, suivant l'évolution de la maladie, la liquidation des dommages : ou lésion des intérêts de la compagnie de chemin de fer qui aura été condamnée à servir une rente viagère pour un préjudice temporaire, ou sacrifice des droits du malade qui n'aura obtenu qu'une réparation temporaire pour un préjudice viager.

Mais ce n'est pas tout, du côté du malade, il peut encore se produire un événement qui accroisse ses droits, cet événement c'est l'aggravation de la maladie. Ainsi, prenons l'exemple de ce malheureux herboriste dont nous résumons l'observation publiée par M. Vibert.

Le 5 septembre 1881, il est pris dans l'accident de Charenton. Au milieu des morts, lui qui n'a rien, assiste au sauvetage des blessés ; puis, ce devoir accompli, il prend le tramway pour rentrer chez lui. Peu de temps après, apparaissent les premiers troubles hystéro-neurasthéniques ; ils se développent peu à peu, avec une intensité progressive, si bien qu'ils le mènent à la folie et au suicide trois ans plus tard.

Nous ignorons quelle a été dans ce cas particulier le montant de l'indemnité accordée, mais n'est-il pas vrai que si le tribunal a statué à une époque antérieure à la fin tragique de ce malheureux, elle aura été certainement inférieure au dommage causé ?

Il arrive, en effet, comme nous l'indiquons dans la partie médicale de notre travail, que la maladie se manifeste avec un appareil symptomatique imposant longtemps après l'accident. Pendant les premiers mois qui suivent la catastrophe, les parents, les amis du malade ne remarquent chez lui rien ou presque rien d'anormal. Le malade lui-même met volontiers sur le compte de vulgaires malaises, les prodromes de l'affection qui déjà le tient. Or, si le tribunal est appelé à une époque voisine de l'accident à évaluer ce préjudice, les éléments d'appréciation faisant défaut parce que le mal n'aura pas encore signalé sa présence par des symptômes bruyants, le tribunal, disons-nous, fera une maigre liquidation de dommages et intérêts. L'indemnité qu'il accordera ne représentera pas la diminution du patrimoine du malade, ni son défaut d'accroissement : *quantum abest, quantumque lucrari potuit*, selon la définition du jurisconsulte Paul.

Voici un nouvel exemple de lente évolution de la névrose traumatique et, par conséquent, de difficultés par le tribunal. Nous l'empruntons aux faits divers du journal *La France*, du 24 janvier 1893.

« *La dernière victime de Saint-Mandé.* — Hier, un jeune homme, vêtu comme un ouvrier, entrait brusquement au poste de police de la rue des Saints-Pères en brandissant une canne à épée et en menaçant les agents qui ont eu

beaucoup de peine à le désarmer. Cet individu, interrogé, répondit d'une façon incohérente.

M. Girard, commissaire de police, a pu établir, grâce aux papiers trouvés dans les poches de l'aliéné, qu'il était en présence d'un nommé Charles Batard, âgé de trente-cinq ans, sommelier, demeurant rue de l'Echaudé-Saint-Germain, n° 28.

Ce malheureux était du nombre des voyageurs qui se trouvaient dans le train tamponné en gare de Saint-Mandé le 26 juillet 1891. La commotion qu'il avait ressentie avait déterminé chez lui des troubles cérébraux qui se sont traduits cette nuit par un accès de folie furieuse.

Il a fallu quatre hommes pour le faire monter dans la voiture qui l'a conduit à l'infirmerie du dépôt ».

Or, voici les renseignements que nous avons pu recueillir sur ce malheureux.

Il est de nationalité Suisse : ouvrier rangé, travailleur, ne se livrant pas à la boisson malgré les tentatives auxquelles l'exposait son état de sommelier. Il vivait à Paris avec son frère qu'il devait quitter bientôt pour se marier. Il se tira du terrible accident sain et sauf, apparemment du moins. Dans les quelques premiers mois qui suivirent, son frère et ses amis ne remarquaient chez lui rien d'extraordinaire, sauf une vive émotion qui le secouait profondément quand on parlait de la catastrophe de Saint-Mandé. Ce souvenir le bouleversait, il s'agitait, puis pleurait.

Ce n'est que vers le cinquième mois qu'on observa quelques bizarreries dans sa conduite. Ensuite il eut des hallucinations. Tantôt il apercevait des araignées énormes sur

le mur ; il les prenait avec des pincettes, et les montrait à son frère ; tantôt c'étaient des femmes nues qui venaient le voir. A cette occasion, il s'était fâché avec son voisin, jusque-là son ami, qui, d'après lui, voulait lui ravir ses aimables visiteuses en essayant de passer par des trous qu'il avait pratiqués à travers leur mur mitoyen. Ces trous, il les montrait du doigt. Inutile de dire qu'ils n'existaient, comme les araignées et les femmes nues, que dans son cerveau malade.

Malgré ce dérangement mental, il travaillait encore, mais il était devenu taciturne, mélancolique, hypochondriaque. Enfin, il en arriva à se persuader qu'il était persécuté par celui qui tentait de lui ravir ces êtres imaginaires. Il le voyait partout, même sous l'uniforme du gardien de la paix ; de là, son esclandre. Il fut arrêté et conduit à l'asile de Ville-Evrard d'où il sortit deux mois après sensiblement mieux, pour retourner dans son pays, en Suisse.

Ces deux faits, entre mille, établissent, croyons-nous, suffisamment les graves inconvénients qui résultent de la liquidation des dommages et intérêts faite par le tribunal dans son jugement de condamnation.

Si le mal s'aggrave, il n'y a plus d'équivalence entre le préjudice et la réparation.

III. — EXAGÉRATION.

Nous venons d'examiner deux hypothèses tirées d'une cause certaine, la maladie. Nous allons en étudier deux autres tirées d'une cause également certaine, l'absence de maladie.

L'exagération et la simulation sont deux faits de même nature. La maladie exagérée diffère de la simulation complète en ce qu'elle possède une entité quelconque dans des limites déterminées, au-delà desquelles cette entité disparaît pour faire place à la simulation, c'est-à-dire à un effet sans cause, comme la simulation complète elle-même.

Les auteurs sont unanimes pour reconnaître la fréquence de l'exagération, le besoin d'exagérer, de mentir chez l'hystérique est presque un besoin naturel, comme celui de manger et de boire, et il le satisfait, consciemment ou non, avec une rare habileté. Or, si nous nous plaçons au point de vue juridique, nous constatons ce fait singulier que le tribunal qui aura à cœur de mesurer l'indemnité proportionnellement au dommage, ne pouvant faire la part de la vérité, retiendra comme éléments d'appréciation des phénomènes en partie simulés.

Dans ces conditions que sera son jugement ? Sans doute il sera légal, c'est-à-dire ayant force de loi pour les parties, mais il ne sera ni juste ni légitime, parce qu'il n'aura pas avec l'accident dommageable des rapports de cause à effet, l'effet étant excessif par rapport à la cause.

Ces principes établis pour l'exagération des symptômes hystéro-neurasthéniques de cause traumatique, nous pouvons aborder la grave question de la simulation des phénomènes de même ordre où ils ont une plus ample explication.

IV. — SIMULATION.

La simulation complète existe-t-elle ? Nous avons déjà répondu affirmativement dans la première partie de notre travail, nous n'y reviendrons pas.

Nous convenons cependant qu'il n'est pas facile d'apporter des exemples de simulation. En médecine surtout, les faits peuvent souvent recevoir plusieurs interprétations. Ainsi tel cas qui est pour les uns un cas de simulation, présente pour d'autres un cas de névrose véritable. Si les premiers font remarquer, pour soutenir leur opinion, qu'il y a dans la marche de la maladie des anomalies suspectes, des arrêts survenant subitement, en temps opportun, et comme sur commande, les seconds répliquent par des théories ingénieuses assurément, mais qui paraissent avoir été imaginées pour les besoins de la cause. Il y aurait d'ailleurs à arguer des faits, un danger véritable, celui de s'exposer de la part des intéressés à des poursuites judiciaires. Nous nous heurterions à cette vérité conventionnelle de la chose jugée qui peut faire d'une erreur judiciaire un article de foi : *res judicata pro veritate habetur*. Or, notre respect pour la justice l'accompagne jusque dans ses défaillances involontaires. C'est pourquoi nous nous cantonnerons sur le domaine de la discussion théorique.

Voici un fait qui se produit assez souvent, et qui mérite de fixer l'attention des hommes de bonne foi.

Un individu qui a été pris dans un accident de chemin de fer présente des phénomènes hystéro-neurasthéniques consécutifs. Il demande une indemnité. Le tribunal désigne des experts qui examinent le plaignant. Ils exposent son état, décrivent ses symptômes, puis ils concluent suivant leur tempérament et leurs connaissances spéciales. Ils n'oseront jamais, remarquons-le bien, sauf dans les cas de supercherie grossière, démasquer la maladie habilement simulée. Ils pourraient se tromper et l'erreur serait irréparable parce qu'elle pèserait de tout son poids sur une seule tête; tandis que si elle est commise au préjudice d'une association riche, nombreuse, puissante, comme une compagnie de chemin de fer, elle se répartit et s'émiette en portions atomiques.

Le tribunal condamne la compagnie.

Or, qu'arrive-t-il? C'est que le malade guérit, non pas immédiatement après le jugement qui lui donne gain de cause; ce serait de sa part une précipitation dangereuse, étant donné l'appel possible, mais après l'acquiescement de la compagnie à la décision du tribunal, soit par l'exécution du jugement, soit par l'expiration des délais de pourvoi devant une juridiction supérieure.

Les neuropathologistes ont recherché la cause de cette solution imprévue. Les uns ont dit très nettement: la maladie était arrivée au terme normal de son évolution, ou bien le malade était un simulateur. Les autres, beaucoup moins affirmatifs, ont répondu: la simulation est possible théoriquement; mais, en pratique, il faut chercher une autre explication. Or, dans l'espèce, trois facteurs ont pu produire la guérison spontanée à ce moment

psychologique ; ce sont : la suggestion, l'émotion et la fin de l'obsession.

Examinons ces différentes hypothèses proposées pour ne point admettre purement et simplement la simulation dans ces cas embarrassants, où les prévisions des experts sont mises en défaut.

Il est certain que l'hystéro-neurasthénie traumatique, qui guérit souvent, peut, par une coïncidence singulière, finir avec la fin du procès. Le hasard, cette providence des hommes d'esprit, comme on l'a défini, fait quelquefois bien les choses ; mais on conviendra que si le hasard ménage de ces surprises extraordinaires, les cas doivent en être des plus rares. Il serait inutile d'insister plus longtemps sur ce point.

1° *Suggestion.* — La suggestion vient-elle du malade lui-même ; du jugement qui assure son sort ; ou du tribunal qui a prononcé ce jugement ?

Et d'abord, le malade peut-il se suggérer à lui-même sa propre guérison, c'est-à-dire peut-il avoir une volonté assez ferme pour se donner le change et transformer son état ? Nous ne le pensons pas. En effet, une des propriétés de la neurasthénie c'est d'affaiblir la volonté ; et, cette propriété négative est particulièrement marquée dans l'hystéro-neurasthénie traumatique, comme le font observer MM. Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière (1) et Bouveret (2), au point qu'elle

1. Paul Blocq. *La neurasthénie et les neurasthéniques*. *Gazette des Hôpitaux*, 18 avril 1891.

2. Bouveret. *La neurasthénie*, page 62.

empêche toute activité et tout effort. Or, comment le malade dont toutes les facultés sont déprimées, qui n'a plus qu'un minimum de vitalité intellectuelle, pourrait-il prononcer sur sa personnalité déchue la parole de vie : Lazare, lève-toi !

Pas plus que le malade, le jugement n'a le pouvoir de suggérer la guérison. Qu'est-il, en effet ? Une chose, un effet et non un être moral capable de vouloir ou auquel l'on puisse attribuer des volitions. Il constate le misérable état du plaignant ; c'est une reconnaissance officielle qui, au lieu de donner un ressort quelconque à l'énergie du malade, ne fera qu'accentuer sa dépression, car s'il doutait avant de la gravité de son état, il n'en doutera plus après. La sanction judiciaire sera la cause de son effondrement définitif. Donc « l'heureuse influence sur une affection avant tout psychique, une sanction qui assure en général l'avenir des malades, » n'aura de l'efficacité que si le malade simule son affection, ou ce qui est le cas le plus ordinaire, s'il en exagère les manifestations.

Enfin le tribunal ne peut agir par suggestion, car la suggestion est un acte de la volonté. Or, le tribunal veut rendre la justice et non la santé. C'est la première que le malade demande et non la seconde, parce qu'il sait que le tribunal n'est pas une académie de médecine ni une cour de miracles.

Observons d'ailleurs ce qui se passe dans les phénomènes suggestifs. D'un côté, nous avons un agent qui possède la propriété suggérante dans l'ordre des effets à produire ; de l'autre, nous trouvons un sujet chez lequel cet agent détermine une impressionnabilité particulière, crée un état

psychologique favorable à son action. Il y a entre les deux des rapports de volonté à volonté. Si le sujet est imagina-
tif, il peut mettre sa volonté en relation avec la volonté pré-
sumée d'un être surnaturel dont il reconnaît la puissance.
Celui-ci n'agit alors que par la volonté que le sujet lui
prête, toujours dans l'ordre des effets désirés.

C'est ainsi que s'opèrent les cures merveilleuses de ne-
vropathie dont nous avons entendu plus d'une fois le récit
véridique. Qu'elles viennent d'un être surnaturel, d'un
médecin de renom ou d'un rebouteur vulgaire, elles repro-
duisent toujours par le même mécanisme, la suggestion. Le
sujet puise en dehors de lui la pensée forte qui le relève,
qu'il n'eût pu lui-même concevoir. Il faut lire le compte-
rendu de quelques-uns de ces cas de brusque retour à la
santé pour comprendre l'action de la volonté suggérante,
vraie ou imaginaire, sur la volonté suggérée.

Pour l'utilité de notre démonstration, nous citerons trois
exemples de guérisons obtenues par ce processus psychique.
Le premier est le récit de la cure miraculeuse d'une jeune
fille par Notre-Dame de Lourdes. On sent dans cette tou-
chante histoire, à travers les effusions d'un cœur confiant,
l'action de la suggestion. Elle est relatée par un médecin.

Les deux autres concernent deux de nos meilleurs amis.

Voici la première : elle est écrite par M. le D^r Marique
de Velaine-sur-Sambre, sous la dictée de Joachime Dehant,
la malade.

« J'étais malade depuis douze ans lorsque, le 23 août
1878, Mme la comtesse de *** me demanda si je désirais
aller à Lourdes. *« Si j'avais, lui dis-je, un jour le bonheur d'y
aller, il est certain que je reviendrais guérie, j'en suis telle-*

ment convaincue que, le jour de mon départ, je prendrais, pour me chausser ce pied malade, un soulier, un bas et une jarretière, que je n'ai pas mis depuis bien des années ». Etonnée de ma confiance, Mme la comtesse fait retenir par dépêche une place pour moi avec les pèlerins de Liège. Décrire mon bonheur serait impossible. »

..... « Nous partons le 10 septembre, à quatre heures du matin. A la gare de Namur, mon père et ma mère viennent me faire leurs adieux. Je suis si faible, si pâle, qu'à ma vue ils éclatent en sanglots; ils m'embrassent, mon père me bénit, et, au moment où le train se met en marche, ma mère me dit: *« quand vous serez guérie, Joachime, vous nous enverrez une dépêche ! »*

« A sept heures du matin nous sommes à Paray-le-Monial. Les pèlerins vont à la chapelle; je reste immobile, assise sur le quai de la gare. Quelques instants après, on me porte à l'hôtel, et, pendant que les pèlerins sont à table, je procède au pansement de ma plaie, le pansement dure plus d'une heure. Il y avait près de deux jours que la plaie n'avait pas été lavée. Le pansement achevé, je me rends au sanctuaire du Sacré-Cœur. Les sœurs de la Visitation me donnent du linge qui avait été posé sur les ossements de la B. Marguerite-Marie. *Elles me conseillent de demander ma guérison au Sacré-Cœur. « J'attends, leur répondis-je, ma guérison de Notre-Dame de Lourdes, et je demanderai au Sacré-Cœur de supporter patiemment toutes les douleurs qu'il plaira à Dieu de m'envoyer ».*

« Il est près de sept heures du soir quand nous arrivons à Lourdes.

« C'est la dernière fois; dis-je, aux personnes qui m'assis-

tent, que je panse ma jambe, elle sera bientôt guérie ». Je veux partir ; il n'est pas quatre heures, on a la charité de me conduire sur la route. « Vous n'avez, me dit-on, qu'à suivre devant vous pour arriver à la grotte. »

Je m'avance péniblement. Sur le pont du Gave, une de mes béquilles s'introduit entre deux planches et me voilà debout, ne pouvant ni avancer, ni reculer, ni retirer ma béquille.

« Je reste dans cette position environ quinze minutes qui me parurent des heures... J'avais avec moi un petit panier, et dans ce panier se trouvaient un bas, une jarretière et un soulier pour chausser mon pied malade quand je serais guérie ; car je croyais fermement être guérie au premier bain.

A la grotte, je rencontre mademoiselle Léonie Dorval qui me conduit à la piscine. Elle me déshabille, et, quand elle a fini, elle s'arrête en me disant qu'elle n'oserait jamais me mettre dans la piscine dans le déplorable état où je me trouvais. *J'insiste, je la supplie.* « Ecoutez, Joachime, me dit-elle, je suis votre aînée, j'ai plus d'expérience que vous. Croyez-bien que vous pouvez payer de votre vie l'imprudence que vous voulez commettre ».

— *« Non je ne mourrai pas, Notre-Dame de Lourdes sait que je suis venue pour guérir, elle ne me laissera pas mourir dans l'eau. »*

« Sur mes instances, Léonie m'assied par terre et je descends en effet toute seule dans la piscine. Quand l'eau eut pénétré mes linges que j'avais laissés autour de ma plaie, j'éprouvai des souffrances intolérables, et je ressentis, en même temps, un bonheur ineffable de me trouver dans cette eau miraculeuse. Léonie voit que je ne puis

plus prier à haute voix, et me demande si je veux sortir. Mais je n'entends pas, je suis en défaillance.

Elle me retire de la piscine, me couche par terre, elle commence à m'habiller. Mais, en pressant les linges qui entourent ma jambe, elle m'occasionne une telle douleur que je sors de mon évanouissement.

« Ma pauvre Joachime, me dit Léonie, tu n'es pas guérie. »

« *Ne perdons pas confiance, Léonie, lorsque je demande quelque chose à ma mère elle ne me l'accorde pas toujours à ma première demande, je reviendrai à la piscine.* »

« Vers les trois heures et demie du soir, je vais à la piscine pour la huitième fois, le bain n'apporte encore aucun changement nouveau dans mon état : je vais prier à la grotte.

« Enfin, vers six heures du soir, j'aperçois ma baigneuse à côté de moi : je l'appelle, elle accourt aussitôt en me demandant ce que je cherche. « Je voudrais, lui dis-je, aller encore à la piscine. »

— « Venez, me dit-elle, je vous y conduirai. » Je me relève, et, *regardant une dernière fois la Sainte Vierge dans sa grotte, je lui dis : « N'est-ce pas, ma bonne mère, c'est pour aujourd'hui, samedi, jour qui vous est consacré. »*

« Il y avait dix-sept minutes que j'étais dans l'eau lorsque, tout à coup, mon amie voit mon pied se redresser et reprendre sa position naturelle. Le genou, qui me faisait beaucoup souffrir, s'allonge en craquant très fort. J'éprouvais à la hanche des douleurs indicibles pendant que l'articulation reprenait sa place. Ma dernière prière est celle-ci : « *Seigneur, hâtez-vous de me guérir par l'inter-*

cession de Notre-Dame de Lourdes, pour la plus grande gloire de Dieu, le salut de mon âme et la conversion des pécheurs.

« Et puis, je perds absolument connaissance ; mais bientôt, je me lève seule, en disant que j'étais guérie, et une fois habillée, je puis aller à la grotte, ayant un pied chaussé et l'autre nu, en chantant le *Magnificat*. On annonce ma guérison en chaire et tous les pèlerins s'écrient d'une voix unanime : « Vive Notre-Dame de Lourdes (1). »

Voici un second cas de guérison obtenue dans les mêmes conditions par le processus suggestif.

Un de nos amis, héritier de nerveux et nerveux lui-même, crut éprouver, il y a bientôt quinze ans, les premiers symptômes d'une maladie de foie ; troubles gastro-intestinaux, douleurs dans l'hypochondre droit, chaleurs vives de la région, etc., le tout accompagné d'une dépression morale des plus marquées.

Il consulta successivement tous les médecins de la localité qu'il habitait ; puis ce fut le tour de ceux de la région. Grands et petits, tous y passèrent. Il suffisait qu'on lui signalât un praticien en renom pour qu'il courût le consulter et se soumit à son traitement. Or, ces traitements se ressemblaient tous plus ou moins, et du moment que les premiers n'avaient pas réussi, les autres ne devaient pas donner de résultat meilleur. Tel était au moins son raisonnement, car notre malade raisonnait beaucoup.

Tous les ans, il allait à Vichy faire sa saison. Comme tout bon malade, son premier soin, en arrivant dans cette ville d'eaux, était de faire choix d'un médecin, jamais le même.

1. *Annales de Notre-Dame de Lourdes*, 31 août 1893.

Quand il partait, la saison finie, le médecin constatait que son état s'était sensiblement amélioré, que le foie avait diminué de volume, que les téguments avaient une coloration moins ictérique. C'était d'un excellent augure pour la saison prochaine.

Ainsi se passaient les années douloureuses, pénibles, languissantes. Que ne fit pas notre malade ! Un jour on lui signale l'existence dans certaine localité voisine d'un guérisseur qui faisait, disait-on, des cures merveilleuses. Son procédé était très simple, il prononçait quelques paroles mystérieuses et donnait une tisane dépurative.

Après avoir hésité quelque temps, craignant de s'exposer au ridicule, notre malade se décide à aller voir, sans se faire connaître. Le guérisseur prend un gros livre crasseux, l'ouvre au hasard et y lit gravement l'histoire de Ruth et de Booz. Le codex mystérieux était une bible latine. Or, comme le malade connaissait le latin il comprit qu'il était mystifié. Sans cette regrettable circonstance, il eût peut-être guéri.

Enfin le hasard des événements le conduit à Paris, toujours souffrant, las de la vie ! Là, il apprend qu'il existe un savant, M. Hanot, professeur agrégé à la Faculté, pour lequel le foie n'a pas de secrets. Il étudie ses travaux, et finit par le considérer comme sa dernière planche de salut. Sa vie est entre ses mains ; de lui dépend son sort.

Il va le trouver. L'éminent médecin écoute ses explications avec sa bienveillance ordinaire. Il l'interroge et l'examine. « Mon ami, lui dit-il enfin, vous n'avez rien, absolument rien qu'un état nerveux indépendant de toute lésion hépatique. Prenez des douches. »

Le malade qui souffrait depuis onze ans sortit guéri. Il y a quatre ans de cela.

Enfin le fait suivant n'est pas moins démonstratif :

M. X... appartient à une grande administration de l'État, et fait en même temps ses études de médecine. Il est d'une constitution hystérique sur laquelle s'est greffé un peu de neurasthénie consécutive au surmenage.

En préparant son examen de pathologie interne, il arrive à la paralysie générale dont il étudie les symptômes avec soin, les analysant, les classant, les passant en revue sur lui-même, comme s'il en présentait le tableau, afin de mieux se les graver dans la mémoire.

C'est le tour de l'inégalité pupillaire. Il prend une glace, et s'y fixant, il constate, ô malheur ! que ses pupilles ne sont pas égales. Mais il s'est peut-être trompé, il va, il revient, se regarde de nouveau sous tous les jours, à la lumière, au soleil, dans une demi-obscurité, il n'y a pas de doute, la pupille droite est plus dilatée que la gauche. Il demande l'avis des personnes qui l'entourent et toutes plus ou moins reconnaissent que sa constatation est exacte ! Il a de l'inégalité pupillaire !

Il consulte encore et plus attentivement son vademecum, l'intéressant manuel de M. le professeur Dieulafoy, et il y lit : « Que de fois on constate une irrégularité des pupilles chez des gens qui n'ont encore aucune trace de troubles intellectuels, qui vivent au milieu de leur famille et de leurs amis, et chez lesquels on peut prédire six mois, un an à l'avance, l'explosion des autres accidents ! »

Plus de doute, il est paralytique général ! L'inégalité

pupillaire est chez lui l'avant garde du cortège symptomatique de la terrible maladie. Il n'a plus que quelques mois à vivre et de quelle vie ! Il remarque, en effet, que depuis quelque temps sa mémoire a des lacunes, c'est l'amnésie. Il n'y a pas jusqu'à l'hésitation que donne à la parole l'état d'impressionnabilité dans lequel il vit, qu'il n'interprète comme un symptôme du mal dont il se croit atteint.

Bientôt son organisme tout entier succombe à ces tristes préoccupations. Il a une céphalalgie constante accompagnée de bourdonnements d'oreilles qui ne lui laissent ni trêve ni merci. La nuit, ils le tiennent éveillé. S'ils le laissent dormir quelquefois, c'est d'un sommeil pénible, lourd, avec des rêves terrifiants. L'appétit est perdu : il a beaucoup maigri. Triste et mélancolique, il ne songe plus qu'à une chose, solliciter de son administration un congé définitif pour aller mourir dans le coin reculé qui est son pays.

Il faut avoir vu et connu notre ami, avoir pénétré comme nous dans son intimité pour mesurer l'étendue des ravages que peut faire physiquement et moralement une obsession de cette nature. Une fois seulement, il avait signalé son cas avec une apparente indifférence à un de ses amis plus avancé que lui dans ses études. Sans penser à mal, avec une pointe d'ironie peut-être, celui-ci avait prononcé le mot fatal de paralysie générale. Il n'avait pas tenu à en savoir plus long ; il était fixé.

Cependant, avant de prendre une détermination et quitter Paris il voulut consulter un de ses maîtres. Il s'adressa à M. le professeur agrégé Brissaud.

L'éminent neuropathologiste eut vite analysé son sujet et fait son diagnostic. Quand celui-ci lui fit observer qu'il

avait de l'inégalité pupillaire. « Moi aussi », lui répondit-il simplement. Vraie ou fausse cette affirmation fut le remède qui guérit. On pouvait donc avoir des pupilles inégales, sans être pour cela candidat à la paralysie générale.

Moins d'une semaine après, notre malade n'avait plus rien que son inégalité pupillaire qu'il conservera toujours, comme son maître, s'il est vrai qu'il l'ait, lui aussi.

Pour résumer cette importante question de la suggestion indiquée comme moyen thérapeutique de l'hystéro-neurasthénie traumatique, nous pouvons dire :

Le malade ne guérit pas par auto-suggestion parce que ses fonctions déprimées, sa volonté sans ressort, ne peuvent susciter en lui la pensée résurrectrice.

Le malade ne guérit pas sous l'action suggestive du jugement, parce que le jugement, effet sans entité consciente, ne provoque que des idées en rapport avec les faits de la cause et de même nature qu'eux.

Le malade ne guérit pas par suggestion du tribunal parce qu'il n'y a aucune relation entre la justice et la santé. Le tribunal *veut* rendre la justice que le malade lui demande, et ne *veut* pas rendre la santé que le malade ne lui demande pas.

2^e *Emotion*. — Peut-on attribuer la guérison spontanée, survenant après le procès, à l'émotion aussi vive qu'agréable que doit éprouver le malade en apprenant l'heureuse solution de son affaire ?

Il faut méconnaître absolument les effets constants des grands troubles de l'âme pour attribuer à la joie, si intense qu'elle soit, une vertu curative ; car, la joie tue quelque-

fois, mais elle ne guérit jamais. C'est une loi de notre humaine nature : aux confins du bonheur, le malheur commence. Qu'une émotion vive, comme celle que doit ressentir le malade au moment où il a gain de cause, opère une diversion utile dans son état morbide, il n'y a pas de doute à cet égard. Mais cette amélioration sera momentanée, temporaire. Il n'y a pas d'exemple de guérisons que la joie ait procurés. Au contraire, les événements malheureux qu'elle a occasionnés ne se comptent pas. On a vu des mères mourir de joie en revoyant le fils qu'elles croyaient perdu. Il y a quelques mois à peine, l'heureux titulaire d'un numéro gagnant du tirage de la loterie d'un de nos grands établissements financiers, qui avait préféré vivre dans un état voisin de la misère plutôt que d'aliéner le modeste capital acquis à force de privations, mourait de bonheur en apprenant cette nouvelle. Plus récemment encore, le 21 novembre dernier, une dépêche officielle nous informait que le colonel Serbe Demeter Djouritch, ancien ministre de la guerre, directeur de l'académie militaire, auquel on annonçait qu'il était promu au grade de général avant son tour, était tombé mort, tué par l'émotion (1) !

D'ailleurs, s'il était possible de mettre sur le compte de l'émotion provoquée par l'heureuse issue du procès, les guérisons qui surviennent avec une aussi intelligente opportunité, à quoi pourrait-on attribuer celles qui se produisent dans les mêmes conditions, après le procès perdu ?

1. *Autorité*. Dimanche, 5 novembre 1893.

On cite des cas de ce genre. En voici un que nous précisons dans les limites de notre sécurité, mais dont nous garantissons la parfaite authenticité.

X..., dessinateur dans une Compagnie de chemin de fer, fut chargé de l'organisation d'un nouveau service, de l'achat du matériel nécessaire, et de son installation dans certains ateliers de province. Il s'acquitta si mal de sa mission, qu'il faillit être victime de sa propre négligence.

Un jour, en voulant ouvrir un tiroir à une certaine hauteur, la tirette se détache et il tombe sur le sol. A partir de ce moment, X... affecta de ne pouvoir marcher qu'à l'aide de deux béquilles ; et forma contre la Compagnie une demande de 60,000 francs d'indemnité.

Tant que dura le procès, près de deux ans, le malade resta paralysé. Une fois le procès perdu, ou à peu près, car la Compagnie défenderesse ne fut condamnée qu'à une indemnité insignifiante, le tribunal ayant reconnu l'existence d'une faute de la part de l'employé, X... à l'exemple d'un pape célèbre, abandonna ses béquilles, devenues inutiles, et se mit à marcher comme avant l'accident.

Or, peut-on dire que l'émotion ait, dans ce cas, amené la guérison, à moins qu'on ne prétende attribuer aussi de l'efficacité aux émotions pénibles ?

On a cherché une explication, et voici celle que l'on a trouvée : « Quand même, dit-on, la décision du tribunal aurait été, sinon défavorable au blessé, mais moins favorable qu'il ne s'y attendait, on voit cesser cet état d'anxiété si spécial à la névrose traumatique. C'est ce que les médecins légistes peuvent observer dans un autre ordre, chez les prisonniers, dont l'état s'améliore dès que le jugement

qui les concerne a été prononcé, quand même il aurait été sévère (1). »

Il y a dans ce rapprochement de deux situations différentes une distinction à faire qui détruit la portée du principe que l'on essaie d'établir. Il est certain que les récidivistes, ou les individus qui, n'étant pas récidivistes encore, sont moralement déchus par le commerce du vice, n'appréhendent qu'un moment : celui de leur comparution devant la justice. Le tribunal fouille dans leur passé, leur rappelle les méfaits commis, les met en présence de témoins ; le ministère public les accable. C'est pour eux le vilain moment, le quart d'heure de Rabelais. Après vient la tranquillité souvent d'autant plus complète que la privation de liberté est plus longue.

Mais pour l'homme jusque-là honnête qui se présente devant la justice pour y répondre d'un entraînement passager, d'une défaillance en dehors de ses habitudes, l'anxiété ne cesse pas avec le jugement qui le condamne. Celui-là, au contraire, s'abîme dans son malheur, et sa santé subit le contre-coup de sa dépression morale. Ce n'est pas en prison, c'est dans les hôpitaux qu'on l'enferme par humanité. Nous pourrions citer de saisissants exemples de ce fait d'expérience ; il est facile d'en trouver sans remonter bien haut, ni aller bien loin. Les condamnés dont l'anxiété ne sort pas de l'enceinte du tribunal commettent quelquefois de nouveaux délits dans les prisons pour aggraver encore leur peine et prolonger sa durée ; tandis qu'il n'est pas rare de voir les malheureux, sur la

1. Guillemaud, *loc. cit.*, page 63.

conscience desquels un nuage n'a fait que passer, se donner la mort dans leur cellule, pour ne pas survivre à leur honneur perdu.

3^e *Fin de l'obsession.* — L'obsession peut produire chez les malades une aggravation des symptômes hystéro-neurasthéniques qui, sous leur nouvel aspect, sont dénommés par M. le professeur Lacassagne *syntômes procéduriers*.

Il est évident qu'un procès, dans la vie ordinaire, provoque toujours quelque ennui, plus ou moins bien supporté selon le tempérament de chacun. Chez l'hystéro-neurasthénique, cet ennui est d'autant plus sensible que la dépression mentale symptomatique enlève à son esprit toute élasticité.

Cependant il ne faudrait pas exagérer l'influence de l'obsession issue de cette origine, comme on paraît tenté de le faire. Examinons, en effet, quelles en sont les causes particulières. On en signale deux : l'incertitude du malade sur l'issue de son procès, et les dépenses ruineuses que nécessite la marche de l'affaire.

La procédure suivie dans l'espèce comprend deux phases. La première, de courte durée, commence avec l'acte introductif d'instance et finit avec le jugement interlocutoire qui ordonne l'expertise. La seconde, qui peut durer plusieurs mois, suit ce jugement jusqu'à la solution définitive par la condamnation de la compagnie. Or, dès que l'affaire entre dans la deuxième phase, son succès est assuré. En effet, le premier jugement règle la question de principe : il admet ou rejette la responsabilité de la compagnie de chemin de fer. S'il admet la responsabilité, le

rapport des experts servira à déterminer le montant de l'indemnité : ce n'est plus, en somme, qu'une question de chiffres. S'il la rejette, l'affaire est vidée : elle ne va pas plus loin. Par conséquent, le malade est d'une manière générale fixé dès le début du procès. Il ignore encore la quotité de l'indemnité que lui allouera le tribunal ; mais il a l'avantage de savoir qu'il lui en allouera une. Cette connaissance est de nature à faire dans son état une diversion utile.

Il convient également de ne pas donner une importance trop considérable au motif tiré des frais onéreux qu'occasionne le procès. En effet, nous n'apprendrons rien à personne en disant que les frais de procédure sont déboursés sans difficulté par les hommes de loi, avocats ou avoués, quand le tribunal a admis par son interlocutoire le principe de la responsabilité civile. Ces frais sont en quelque sorte privilégiés, leur recouvrement est assuré. Dans ces conditions les mandataires du plaignant n'hésitent jamais à en faire l'avance. Or, les frais nécessaires pour obtenir l'interlocutoire sont de minime importance ; les plus élevés sont ceux qu'il faut exposer après.

Dans les grands centres, comme Paris et autres moins importants, on trouve même des agences à l'affût de ces sortes d'affaires, dont les émissaires vont dans les hôpitaux et dans les familles visiter les malades. Ils les incitent quelquefois contre leur gré à poursuivre, offrant de se charger de tous les frais, moyennant une procuration qui stipule à leur profit certains avantages. Ils sont généralement peu scrupuleux sur le choix des moyens à employer pour avoir dans les hôpitaux un facile accès. Il

nous est arrivé un jour d'être pris nous-même pour un de ces agents suspects qui nous avait précédé en s'affublant de notre qualité.

Enfin, avec l'obsession disparaît l'état qu'elle avait elle-même déterminé. L'obsession ne saurait, en effet, emporter plus de mal qu'elle en a apporté. Elle est dans l'appareil clinique de l'hystéro-neurasthénie, un simple accident, un accessoire dont la névrose peut se dépouiller facilement sans perdre ses caractères.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Oppenheim).

Amélioration. — Homme de 52 ans.

Il est pris dans un déraillement.

Emotion vive, mais pas de blessures.

Symptômes. — Dépression intellectuelle ; tristesse ; anxiété ; émotivité exagérée.

Douleurs dans la tête et le dos. Rétrécissement concentrique du champ visuel ; acuité visuelle affaiblie ; diminution de l'odorat, du goût et de l'ouïe des deux côtés ; anesthésie généralisée, à part quelques zones limitées.

Pendant plusieurs mois, état stationnaire. Le malade obtient l'indemnité qu'il demandait. Au bout d'un an survient une amélioration notable quant aux symptômes psychiques et à l'état général.

Les symptômes objectifs restent à peu près stationnaires.

OBSERVATION II (Oppenheim).

Etat stationnaire. — Homme de 31 ans.

Accident de chemin de fer par collision de deux trains.

Symptômes. — Céphalée, vertiges, douleurs en ceinture. Dépression, insomnie, état de surexcitation. Émotivité.

Affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire ; troubles de la miction ; hypéresthésie cutanée dans la région lombaire.

Troubles de la motilité et de la marche, surtout à droite. Diminution de la sensibilité et troubles des organes des sens du même côté.

Il résulte d'une longue observation que l'état du malade est resté stationnaire malgré l'obtention d'une bonne indemnité.

OBSERVATION III (Oppenheim).

Aggravation. — Chauffeur, 27 ans.

Accident de chemin de fer au mois de juin 1886.

Symptômes. — Douleurs dans la région lombaire ; accès d'anxiété avec tachycardie intense ; inégalité pupillaire ; anomalies de sensibilité.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, pas de modification.

Au mois de juillet 1890, le médecin de la Compagnie constate une aggravation manifeste.

OBSERVATION IV (Oppenheim).

Aggravation. — Mécanicien, âgé de 39 ans. Accident de chemin de fer au mois de février 1882. Traumatisme de la tête et du dos.

Symptômes. — Céphalée, vertiges, douleurs dans le dos. Bourdonnements d'oreilles. Accès d'anxiété ; pleurs faciles. Impuis-

sance; rétention d'urine; inégalité et immobilité pupillaire; rétrécissement du champ visuel; affaiblissement de l'ouïe et du goût; troubles notables de la sensibilité; mouvements lents et pénibles; troubles de la marche; réflexes exagérés.

En 1889 et 1890, des certificats médicaux constatent une aggravation de son état et concluent à une incapacité de travail absolue.

OBSERVATION V (Oppenheim).

Folie. — Homme, âgé de 53 ans. Accident de chemin de fer, la tête vient frapper la paroi du wagon dans lequel il se trouve.

Symptômes. — Peu après l'accident, convulsions et troubles psychiques, faiblesse et raideur de la jambe gauche. Plus tard asthénie du bras gauche. Douleurs dans le dos; insomnie; fixité de la colonne vertébrale pendant les mouvements du tronc. Phénomène du pied; parésie faciale gauche; dilatation pupillaire et hyperesthésie de la jambe du même côté. Rétrécissement du champ visuel.

Pendant l'évolution d'une maladie fébrile intercurrente, amélioration, puis phénomènes d'hallucinations avec idées de persécution. Quelques troubles fonctionnels, comme le rétrécissement du champ visuel disparaissent.

Enfin le malade est envoyé dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION VI (Oppenheim).

Amélioration. — Homme, âgé de 44 ans.

En 1869, il est tamponné entre deux wagons.

Symptômes. — Hypochondrie; attaques d'hystérie; troubles

de la marche ; douleurs en ceinture ; anesthésie avec délimitation irrégulière, bizarre ; rétrécissement du champ visuel.

Malade facile à hypnotiser.

Après deux mois, amélioration progressive. Le malade ne demande pas d'indemnité.

OBSERVATION VII (Vibert)

Suicide. — D..., 45 ans, herboriste.

Il est pris dans l'accident de Charenton au mois de septembre 1881. Contusions légères.

Symptômes. — Maux de tête ; insomnie, cauchemars se rapportant à l'accident.

Accès de colère, affaiblissement de la mémoire : amaigrissement, impuissance génésique, vertiges.

Affaiblissement musculaire ; tremblement fibrillaire des muscles de la langue et des lèvres.

Le malade est interné pendant un an à l'asile Sainte-Anne.

Au mois de septembre 1883, étant seul chez lui, D... avala une énorme quantité de poison dont il laissa le flacon sur son comptoir. Il s'étendit sur son lit ; mais comme la mort tardait à venir, le malheureux se lève, s'arme d'un couteau et se frappe sept fois en pleine poitrine.

OBSERVATION VIII (Blum).

Troubles digestifs, guérison.

G..., 54 ans, est pris dans une collision le 22 février 1881. La violence aurait été assez grande pour l'étourdir et

lui faire perdre connaissance. Bien qu'il accuse des douleurs dans l'épaule et le bras gauche, on ne constate aucune trace de contusion.

Ramené chez son père, il s'alite, et le 8 février 1882, le médecin expert le trouve dans un état peu différent de celui dans lequel l'avait mis l'accident.

Il ne présente aucun phénomène du côté du système nerveux, et se plaint seulement de troubles digestifs, tympanisme et vertiges sans syncope, ni perte de connaissance. Les vertiges se renouvellent tous les jours en moyenne et sont considérés comme d'origine stomacale.

L'examen des yeux ne révèle rien d'anormal, sauf que le malade est presbyte.

Quelque temps après la visite de l'expert et avant la solution du procès (Juin 1882), le malade reprend sa vie ordinaire et ne s'est plus jamais plaint jusqu'à ce jour (décembre 1893) de sa dyspepsie ni de ses vertiges. Sa vue est également restée la même.

OBSERVATION IX (Blum).

Guérison. — Le 30 septembre 1875, B... est pris dans un déraillement. Perte de connaissance au moment de l'accident.

Symptômes. — Névropathie générale troublant les fonctions de digestion et d'assimilation ; paralysie de la sensibilité dans les membres inférieurs ; notable difficulté dans la locomotion ; dyspepsie.

Le 4 février 1878, arrêt de la Cour de Nîmes allouant 70,000 francs de capital et une pension viagère de 1000 francs par an.

Le 4 décembre 1892, le médecin de la Compagnie va voir B... chez lui, ne le rencontre pas ; il était à la chasse. Quelques jours plus tard, B... vient lui-même déclarer au médecin que son état est très satisfaisant et sa santé aussi parfaite que possible.

OBSERVATION X (Blum).

Guérison. — P..., âgé de 36 ans.

Le 1^{er} décembre 1876. — Accident de chemin de fer à Châtillon dans lequel P... reçoit une violente commotion cérébrale avec lésions multiples.

Depuis cette époque : céphalée, insomnie, affaiblissement de la mémoire, dyspepsie, impuissance génésique ; irascibilité, délire de persécution, troubles de la vue et de l'ouïe, douleurs en ceinture.

Ces symptômes persistent encore en 1883.

Le médecin-expert termine son rapport par la conclusion suivante :

« L'état de P... est incurable et ne pourra que s'aggraver à l'avenir. »

Le procès se termine en 1883.

En 1892, P... est employé à l'Hôtel-Dieu. Il court comme un lièvre et remplit ses fonctions à la satisfaction de ses supérieurs.

OBSERVATION XI (Blum).

Guérison. — B... est pris dans un déraillement, le 27 juin 1879.

Symptômes. — Au mois d'octobre 1880 : hémiplégie droite

intéressant aussi la face. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite portant sur la peau et les muqueuses. Crises épileptiformes du côté gauche. De plus, grand affaiblissement ; diminution de la mémoire, insomnie, amaigrissement.

Un an après, on retrouve le malade dans le même état. Au mois de janvier 1882, solution du procès. La compagnie est condamnée à payer 150.000 francs de capital et à servir une rente viagère de 6.000 francs.

Le procès terminé, B... conserve pendant quelques mois ses deux béquilles, ce qui ne l'empêche pas d'aller à la chasse et de s'en débarrasser au moment opportun. Les crises ont disparu.

En 1892, on constate que la figure est naturelle ; les traits ne sont nullement déviés. Le malade porte encore sa béquille droite.

OBSERVATION XII (Blum).

Amélioration. — Le 7 décembre 1880, le sieur B..., âgé de 67 ans, appelé pour ses affaires à Alais, est pris dans un tamponnement de train.

Sa tête butte violemment contre la paroi de la portière.

Symptômes. — Insomnie, amaigrissement, casque occipital ; arythmie cardiaque.

Le 11 février 1882. — Jugement condamnant la compagnie à payer à B... 6000 francs de capital et 200 francs de rente viagère.

En 1892, le malade n'a pas encore repris son travail habituel. Aux changements de température, il éprouve des douleurs de tête et des étourdissements. Cependant l'amaigrissement a cessé. Trois ans après l'accident, les symptômes se sont sensiblement amendés et l'état général est relativement bon.

OBSERVATION XIII (Blum).

Guérison. — L..., 44 ans, mécanicien.

En mai 1888, dans le trajet d'Ambérieu à Culoz, chute sur la locomotive.

Symptômes. — Contusion de la partie supérieure de la poitrine. Commotion de la moelle. Affaiblissement des forces. Pas de troubles de la sensibilité ni de l'intelligence.

Solution amiable : 1500 francs de pension et 3000 francs de capital.

L..., entre le 13 juin 1890 à la compagnie des tramways de Lyon où il manœuvre sa machine étant assis sur le siège. Il remplit ses fonctions depuis deux ans, mais il refuse de se laisser examiner par le médecin du P.-L.-M.

OBSERVATION XIV (Blum).

Amélioration. — C..., conducteur de la Compagnie des Wagons-lits; 40 ans, six enfants, blessé à Velars le 5 septembre 1888.

Symptômes. — Le 12 juillet 1890, M. le professeur Charcot, après avoir constaté que le malade était atteint d'hystéro-neurasthénie traumatique avec paraplégie, hémianesthésie, tremblement et rétrécissement du champ visuel, ajoute :

« C... soigné par moi depuis un an pour les accidents nerveux sus mentionnés, souffre de ces troubles d'une façon aussi intense qu'au début. Il est vraisemblable que cet état persistera plusieurs années. »

Règlement à l'amiable : capital, 16.000 ; rente, 2.400, réversible en cas de décès par moitié sur sa veuve et ses enfants.

Un an après la solution du litige, il est établi marchand de verres à Gonesse.

Le 4 mai 1893, M. Blum, médecin en chef de la compagnie, voit le malade, les mêmes troubles persistent mais très sensiblement diminués.

La santé générale est, du reste, excellente et le malade a considérablement engraisé. Il ne présente aucune altération des fonctions de la digestion, de la respiration ni de la circulation.

OBSERVATION XV (Blum).

Guérison. — B... 45 ans, mécanicien.

Rencontre de trains le 4 octobre 1888.

Symptômes. — Fracture de côtes avec pleurésie consécutive. Dyspnée d'effort ; insomnie, troubles digestifs, faiblesse musculaire ; diminution de la mémoire, troubles de la sensibilité, exagération des réflexes tendineux.

Le malade obtient 1200 francs de pension et 8000 francs de capital.

Il se retire à Tarascon.

Le 4 juillet 1892, le médecin de la Compagnie, M. Martin, se présente au domicile de B... qui refuse de se laisser examiner.

D'après les renseignements recueillis, B... ne se livre à aucun travail régulier, mais il sort pour se promener, aller au café, et ne rentre chez lui que pour dîner. L'aspect extérieur est satisfaisant et il paraît jouir actuellement d'une bonne santé.

OBSERVATION XXI (Blum).

Guérison. — C..., âgé de 32 ans. Au mois de juillet 1889, à la suite d'un tamponnement, le malade est projeté dans une excavation de trois à quatre mètres de profondeur : contusions diverses.

Symptômes. — Paralyse incomplète de la main droite, limitée principalement aux muscles extenseurs de la main et des doigts.

Parésie du membre inférieur gauche avec paralysie et attitude spéciale du pied gauche. Douleurs vives et continues à la tête et au rachis ; vomissements fréquents ; troubles de la miction ; modification du caractère ; affaiblissement de l'intelligence.

Le rapport médico-légal conclut : C... est un malade et un impotent, et à ce double titre, incapable de se livrer à une profession assez lucrative pour subvenir à son existence.

Le 31 juillet 1890. — Solution du procès : capital, 4000 francs ; rente viagère, 2000 francs.

En 1893, le malade ne présente plus aucun trouble de la marche. Il manifeste cependant encore un peu d'excitation cérébrale qu'il faut peut-être rapporter à des excès alcooliques.

OBSERVATION XVII (Blum).

Guérison. — G..., blessé dans l'accident de Moirans, le 13 juillet 1889. Il quitte l'hôpital de Voiron après quatre jours de séjour. Les signes d'ébranlement nerveux qui caractérisaient son état s'étaient en grande partie dissipés.

Pendant les premiers jours il lui arrivait de pleurer involon-

tairement et abondamment. Cauchemars. Pas de troubles moteurs ni sensitifs sauf une légère douleur de reins.

Un mois plus tard, un certificat lui est délivré par son médecin constatant un ébranlement cérébral caractérisé par les troubles suivants : le malade ne mange pas, il se plaint de douleurs d'estomac ; il vomit presque tout ce qu'il prend.

Le sommeil est rare et toujours troublé par des cauchemars et une grande agitation. A l'état de veille on constate une exagération évidente des réflexes, du tremblement des bras et des jambes dans la station debout et la position horizontale. Le malade paraît prostré et indifférent à ce qui se passe autour de lui ; il pleure tout à coup sous l'influence d'une hallucination fixe qui le ramène au moment de l'accident et même il pousse des cris de frayeur tout éveillé.

Indemnité : 3.000 francs sur une demande de 30.000.

Au bout de cinq à six mois les malaises sont complètement disparus. Actuellement il se porte bien ; il a repris complètement ses affaires.

OBSERVATION XVIII (Page).

Guérison. — Homme, âgé de 58 ans. Employé. Il est pris dans une collision de trains.

Symptômes. — Contusions ; douleur de la hanche droite. Le malade traîne la jambe.

Céphalalgie, insomnie, inappétence, constipation, troubles de la vue ; perte de la mémoire ; incapacité physique et mentale.

Le jour où l'indemnité qu'il réclamait lui fut accordée, il fit un voyage, et quinze jours plus tard il reprit son travail qu'il continua pendant des années.

OBSERVATION XIX (Page).

Guérison. — Adulte, 41 ans. Se trouve dans une collision.

Symptômes. — Parésie des membres inférieurs. Irascibilité, vomissements, aphonie, délire.

Son état reste grave pendant trois ans. Un jour il se lève inconsciemment; et à partir de ce moment, amélioration, puis guérison.

OBSERVATION XX (Page).

Guérison. — Veuve, 38 ans. Prise dans un accident de chemin de fer.

Symptômes. — Raideur de la colonne vertébrale, faiblesse générale, douleurs lombaires.

Paralysie de la sensibilité et de la motilité dans les deux jambes.

Six mois après, règlement du litige avec la compagnie. Quinze jours après ce règlement, le malade quitte le lit. Un mois plus tard, elle était en parfaite santé, et se promenait sans aide.

OBSERVATION XXI (Lacassagne)

Rapport médico-légal.

Amélioration. — I. — Nous avons visité déjà C... en juin 1891. Il nous a raconté que le jour de l'accident, un train express, allant de Besançon à Bourg, dérailla. C... fut projeté sur la voie ;

il perdit d'abord connaissance, reçut ensuite des soins du D^r A... qui constata plusieurs fractures de côtes et un épanchement de sang au-dessous du sein gauche. Après quinze jours de lit, il est sorti ; mais depuis il n'a pu reprendre ses occupations. Pendant un an, il a reçu solde entière de la Compagnie, mais celle-ci a interrompu tout secours, depuis le 1^{er} janvier 1891.

II. — C... nous dit qu'il a toujours des idées tristes. Il se sent incapable de reprendre un travail au chemin de fer, car il éprouve des peurs à l'idée seule de remonter dans un train en marche. Il pense toutefois qu'il pourrait se livrer à une occupation moins pénible et plus fixe. La nuit il a des cauchemars ou de l'insomnie, des sursauts. Les maux de tête sont presque continus. Ils siègent du côté gauche du front à la nuque, et souvent les douleurs s'étendent dans la moitié gauche du corps. Les lacunes de la mémoire s'accroissent de plus en plus et il a des tremblements qui lui rendent l'écriture difficile. Il y a en effet une dépression cérébrale non douteuse. Le visage est bon : il n'y a pas eu d'amaigrissement, mais les traits sont comme un peu affaissés. Il existe toujours de l'asthénie neuro-musculaire, c'est-à-dire une diminution de la force qui mesurée au dynamomètre donne : à gauche, 26° ; à droite, 35°.

L'appétit est capricieux, les digestions sont difficiles. Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation avec dyspepsie flatulente gastro-intestinale. De plus la marche rapide est impossible à cause de l'essoufflement qui survient assez vite. Cet homme ne présente aucun signe d'alcoolisme et nous relevons rien de spécial du côté des organes des sens.

III. — A l'auscultation et à la percussion, les organes contenus dans la poitrine se montrent normaux. Au cœur, souffle un peu doux à la base. A la palpation, nous ne sentons pas les traces

de fractures de côtes. Il existe cependant un point toujours douloureux dans l'hypochondre gauche.

IV. — En résumé, cet ensemble symptomatique est bien le fait d'une neurasthénie traumatique caractérisée nettement par les signes de dépression cérébrale, l'insomnie, la céphalée persistante surtout la nuit, l'asthénie neuro-musculaire et la dyspepsie gastro-intestinale. Cet état n'est point incurable, il peut s'améliorer par des soins appropriés, un régime spécial, un traitement par l'hydrothérapie, le massage et l'électricité. Depuis notre premier examen une thérapeutique active n'a pas été employée, et nous ne constatons qu'une légère amélioration.

Le sieur C..., consécutivement à l'accident du chemin de fer du 22 décembre 1889, présente des symptômes de neurasthénie traumatique qui ont déterminé pendant plus d'un an une incapacité complète de travail. L'incapacité a été relative et diminuée d'un tiers depuis cette époque.

Il y a une amélioration depuis dix-huit mois, et aujourd'hui, il nous paraît que le sieur C... bien qu'ayant besoin de ménagements et de soins spéciaux, pourrait se livrer à quelque occupation sédentaire.

Lyon le 27 décembre 1892,

Signé : LACASSAGNE.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Guérison. — G..., 55 ans, peintre au chemin de fer.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère nerveuse, sujette à de fréquentes attaques de nerfs, morte en couches. Sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Pas de syphilis, pas d'éthylisme. Le malade est seulement très impressionnable. Il pleure souvent sans motif.

Le 3 février. — Il est tamponné par un wagon. Il tombe ; mais il peut se relever sans aide. Le lendemain, dans l'après-midi, se déclare une hémichorée gauche qui débute par le membre inférieur, gagne le bras et l'avant-bras, puis le côté gauche de la figure.

En même temps, le malade ressent dans la région précordiale une douleur extrêmement vive, qui, dit-il, l'empêche de respirer.

Le 5 février. — G... vient à l'hôpital Saint-Antoine, à la consultation de M. le professeur agrégé Blum.

Motilité. — On constate alors que le membre gauche tout entier est agité de légers mouvements désordonnés. La marche est hésitante. La face est agitée aussi de petits mouvements convulsifs de temps à autre. Certains mots ne sont prononcés qu'avec difficulté. Les réflexes tendineux sont exagérés ; les réflexes cutanés sont normaux.

Le dynamomètre accuse :

M. D. 45.

M. C. 35.

Douleur précordiale. — L'examen de la région précordiale ne résulte pas de troubles du côté du cœur. Pas d'hypertrophie. Pas de lésions valvulaires. La douleur est cependant fort vive, continue. Elle s'irradie du côté de l'abdomen, et à la partie supérieure du bras.

Sensibilité. — L'anesthésie est complète à la piqure sur tout le corps. La sensibilité au contact et à la température est diminuée, mais cette diminution est plus marquée à gauche qu'à

droite. La sensibilité de la langue est diminuée à gauche. L'anesthésie conjonctivale est complète des deux côtés.

Organe des sens. — Du côté de l'organe de la vision, on constate un rétrécissement concentré du champ visuel. Pas de dyschromatopsie. Du côté de l'ouïe, l'acuité auditive est plus vive à droite. Le goût est très diminué du côté gauche. Il en est de même de l'odorat. Le réflexe pharyngien est aboli.

Enfin le malade présente deux points hystérogènes : l'un dans la fosse iliaque droite, l'autre au-dessous du mamelon du côté gauche. La pression prolongée en l'un de ces points détermine une douleur au creux épigastrique, une constriction de la gorge et une sensation de boule remontant de l'estomac au pharynx. Pas de troubles digestifs.

Les poumons sont sains. Les urines sont normales, elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Pas de troubles intellectuels. Le malade se plaint seulement de ne pouvoir dormir.

Le 15 février. — Sous l'influence des douches, le malade est moins agité. L'insomnie a disparu. Les troubles de la sensibilité persistent. La douleur précordiale est moins vive. Elle ne revient que par intervalles.

Le 6 mars. — Plus de signes hémichoréïques. Les troubles de la sensibilité sont moins marqués. Le malade perçoit beaucoup mieux les différences de température. Goût et odorat normaux.

Le rétrécissement du champ visuel persiste encore.

La douleur précordiale a fait place à une sensation de gêne qui se produit quelquefois.

Le malade reprend son travail.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

L..., âgé de 24 ans, chauffeur sur le chemin de fer de Vincennes.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse.

Antécédents personnels. — Rougeole à trois ans. Fluxion de poitrine à sept ans. Pas d'autres maladies. Pas d'éthylisme.

Le 24 janvier. — Le malade est tamponné par une locomotive à Nogent-sur-Marne. Il tombe, mais il ne perd pas connaissance, et peut se relever sans le secours de personne.

Le même jour, il entre dans le service de M. Blum à l'hôpital Saint-Antoine. Il se plaint de douleurs vives dans la région lombaire droite où a porté le traumatisme.

Le lendemain, nous examinons le malade. Il ne porte nulle part d'écchymoses, ni de traces apparentes du traumatisme qui l'a frappé. Pas de fractures. Seuls les mouvements de la hanche droite sont douloureux. La plus légère pression exercée sur la crête iliaque droite près de l'articulation sacro-iliaque fait souffrir le malade.

Il est très abattu, avec tendance à la mélancolie. Il craint que son affection ne persiste indéfiniment. Sa mémoire est affaiblie, la face est pâle, exprimant l'anxiété. Le pouls est faible et lent. L... se plaint d'une céphalalgie frontale intense.

La parole est lente, mais il n'y a pas de tremblement de la face, ni de la langue.

Le 31 janvier. — La céphalalgie a disparu presque complètement; mais le malade se plaint de ne pouvoir dormir. De plus, les mouvements du membre inférieur droit sont encore douloureux.

La station debout est cependant possible.

Pas d'autres troubles de motilité.

Sensibilité. — La sensibilité au toucher est conservée sur tout le corps. A la piqûre, on constate de l'hémianesthésie sur le membre droit. La sensibilité à la température persiste.

Organes des sens. — Légère diminution du champ visuel. La vue est un peu trouble. Pas de dyschromatopsie.

Pas de troubles de l'ouïe ni du goût. La perception des odeurs est affaiblie du côté droit.

Anesthésie de la langue du côté droit. Pas d'anesthésie conjonctivale, ni de la pituitaire.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Pas de zones hystérogènes.

Pas de troubles du côté des viscères.

Le 10 février. — Nous examinons de nouveau le malade qui exprime le désir de quitter l'hôpital se sentant, dit-il, très bien. A part l'abolition de réflexe pharyngien qui persiste, nous ne retrouvons plus, en effet, les troubles que nous avons relevés dans nos précédents examens.

CONCLUSIONS

I. — Les névroses traumatiques, consécutives aux accidents de chemins de fer, sont formées par la combinaison de l'hystérie et de la neurasthénie, en proportions variables, d'où le nom d'hystéro-neurasthénie traumatique.

II. — L'hystéro-neurasthénie traumatique présente *très rarement* le syndrome complet des deux affections. Le plus souvent une partie de ce syndrome seulement caractérise son appareil clinique. Or, la simulation dans ce cas est facile et fréquente.

La simulation du syndrome est impossible.

III. — L'exagération consciente se voit souvent. L'exagération peut être inconsciente et tenir à l'état symptomatique de la névrose.

IV. — L'expert n'a aucun moyen certain à sa disposition pour découvrir le simulateur dans les conditions ordinaires où se présente l'hystéro-neurasthénie traumatique, c'est-à-dire avec une partie du syndrome hystéro-neurasthénique. La découverte de la simulation du syndrome complet ne présente aucune difficulté.

V. — L'hystéro-neurasthénique peut exagérer ou simuler son état ; son affection peut guérir ou s'aggraver.

VI. — Le tribunal, en égard à ces modifications éventuelles, doit ajourner indéfiniment le jugement qui liquide les dommages et intérêts et statuer par provisions successives et renouvelables.

VII. — Dans l'état actuel de la législation et sous l'empire des principes établis par les articles 1382 et suivants du Code civil, il ne paraît guère possible qu'une compagnie de chemin de fer condamnée en vue d'une lésion considérée alors encore permanente, puisse obtenir judiciairement la révision du procès quand le malade est revenu à la santé sauf le cas de dol personnel. Cette exception, d'ailleurs, offre à la Compagnie une ressource à peu près inutile, car elle ne donne lieu qu'à la requête civile qui doit être proposée dans les deux mois de la signification de la décision incriminée (Art. 483 du Code de Proc. Civ.).

Cependant, de même que l'on a vu des malades obtenir, soit après une transaction, soit après un jugement antérieur, un supplément d'indemnité en corrélation avec un nouvel état morbide, notablement aggravé ; de même, et par réciprocité, il semblerait équitable qu'une Compagnie pût faire revenir ultérieurement la justice sur une condamnation rendue dans des circonstances et à la suite d'appréciation de faits dont l'avenir aurait démontré l'inexactitude ou l'exagération, et cela, même en dehors de la théorie du dol personnel.

Mais il nous paraît qu'à cet égard une disposition législative serait nécessaire. Elle pourrait être insérée dans une loi générale sur les chemins de fer.

Vu : le Président de thèse,
DUVAL.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Historique.....	11
Symptomatologie.....	15
Difficultés du diagnostic médico-légal de l'hystéro-neurasthénie traumatique.....	20
Symptômes qui peuvent être simulés.....	30
Symptômes qui ne peuvent pas être simulés.....	44
De l'exagération.....	51
Comment le médecin doit procéder dans l'examen des malades.....	55
Diagnostic de l'état du malade antérieur au traumatisme.....	59
Diagnostic différentiel de l'hystéro-neurasthénie traumatique.....	62
Pronostic de l'hystéro-neurasthénie traumatique.....	69

DEUXIÈME PARTIE

Procédure civile en matière d'expertise médico-légale.....	74
Du règlement de l'indemnité.....	80
I. — Guérison.....	81
II. — Aggravation.....	84
III. — Exagération.....	87
IV. — Simulation.....	89
Observations.....	108
Conclusions.....	126

